



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **“Mais Saúde nos Montes” – Capacitação das Pessoas Idosas Isoladas em Meio Rural**

**Inês Ricardo Ribeiro Luís**

**Orientação: Professora Doutora Sandra Xavier**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

**Relatório de Estágio**

**Portalegre, 2020**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **“Mais Saúde nos Montes” – Capacitação das Pessoas Idosas Isoladas em Meio Rural**

**Inês Ricardo Ribeiro Luís**

**Orientação: Professora Doutora Sandra Xavier**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

**Relatório de Estágio**

**Portalegre, 2020**

**“MAIS SAÚDE NOS MONTES” – CAPACITAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS ISOLADAS EM MEIO RURAL**

**Inês Ricardo Ribeiro Luís**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária de Saúde Pública**

**Júri:**

**Presidente:** Professora Doutora Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues, Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde de Setúbal

**Arguente:** Professora Doutora Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco, Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde de Portalegre

**Orientador:** Professora Doutora Sandra Maria Miranda Xavier Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde de Beja

Data: 27 de julho de 2020

Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem. Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres.

Sêneca, filósofo romano

## **AGRADECIMENTOS**

A conclusão deste relatório de estágio não seria possível sem o conjunto de relações e redes de suporte das pessoas que me acompanharam desde o primeiro dia, na concretização do meu objetivo: ser mestre e especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública!

Um agradecimento muito especial:

À minha orientadora Professora Doutora Sandra Xavier, por ter aceite orientar-me. Agradeço toda a dedicação e apoio disponibilizado, as suas sugestões de melhoria e partilha de conhecimentos que me transmitiu ao longo deste percurso.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade onde decorreu o estágio, em especial à minha enfermeira orientadora, por todo o apoio, disponibilidade, compreensão e sabedoria que me transmitiu. Foi uma experiência única estar convosco!

À minha família, por toda a motivação, amor e apoio que me proporcionaram em todas as fases da concretização deste mestrado.

Aos meus amigos, em especial à minha amiga Ana Dias pelo apoio, carinho e motivação que sempre me transmitiu.

Aos idosos que participaram neste trabalho, que nos receberam com muito carinho e abertura. Obrigada por partilharem connosco as vossas histórias e sentimentos e, essencialmente, por partilharem os vossos sorrisos.

Este percurso só foi possível com o vosso contributo. OBRIGADA!



## RESUMO

O envelhecimento da população associa-se a diversos fatores, nomeadamente ao fenómeno do êxodo rural, levando ao aumento das pessoas idosas isoladas em zonas rurais despovoadas, e consequentemente ao surgimento de problemas como a solidão.

Este relatório apresenta o projeto de intervenção comunitária realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um concelho do Alto Alentejo com os objetivos de promover a saúde das pessoas idosas isoladas em meio rural e assegurar a continuidade dos cuidados prestados com base numa parceria comunitária.

Recorreu-se à metodologia do Planeamento em Saúde e realizaram-se visitas domiciliárias multidisciplinares e convívios comunitários, contribuindo para a resolução das necessidades identificadas. Entrevista semiestruturada, aplicação da Escala de Morse e da Escala de Brathel permitiram a colheita de dados, os quais foram analisados através da análise de conteúdo. Os resultados demonstraram incapacidades físicas, isolamento social, baixo nível de escolaridade e de recursos financeiros, e pouco ou inexistente contato com familiares.

Palavras Chave: Isolamento; Idoso; Capacitação.

## ABSTRACT

The population ageing is associated with several factors, namely the rural-urban migration phenomenon, leading to an increase on the social isolation of elderly people in unpopulated rural areas, and consequently to the emergence of problems such as loneliness.

This report presents the intervention project carried out in the local Community Care Unit with the objectives of health promotion among isolated elders from rural areas and ensuring the continuity of the healthcare provided based on a community partnership.

It was applied the Health Planning methodology, and as data collection instruments, a semi-structured interview, the Morse Scale and the Brathel Scale, which were analyzed by content analysis. The results showed physical disabilities, social isolation, low level of education and financial resources, and little to non-existent family contact.

This project planned multidisciplinary home visits and encouraged community coexistence, contributing to the resolution of the identified necessities.

Key words: Isolation; Elder; Rehabilitation

## ÍNDICE GERAL

1.	INTRODUÇÃO .....	15
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	18
2.1.	.....	18
	ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL E NO MUNDO .....	18
2.2.	O ENVELHECIMENTO E A SAÚDE .....	25
2.3.	ENVELHECIMENTO, SOLIDÃO E ISOLAMENTO .....	27
2.4.	PROMOÇÃO DA SAÚDE, CAPACITAÇÃO E CIDADANIA .....	30
2.4.1.	Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender .....	31
3.	ENQUADRAMENTO PRÁTICO .....	33
3.1.	A COMUNIDADE E O CONTEXTO DE TRABALHO .....	33
3.2.	RECURSOS SOCIAIS E DE SAÚDE .....	39
3.3.	CARATERIZAÇÃO DA UCC .....	41
4.	DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE .....	43
4.1.	METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS .....	44
4.1.1.	Metodologia do Planeamento em Saúde .....	44
4.1.2.	Questões éticas .....	45
4.1.3.	População alvo e amostra .....	45

4.1.4.	Instrumentos de recolha de dados .....	46
4.2.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	47
4.2.1.	Caraterização Sociodemográfica .....	47
4.2.2.	Apoio Recebido .....	50
4.2.3.	Principais problemas ou dificuldades sentidas .....	51
4.2.4.	Problemas de Saúde .....	52
4.2.5.	Necessidades de ajuda manifestadas .....	53
4.2.6.	O Centro de Saúde como recurso .....	53
4.2.7.	Sentimento de se sentir sozinho(a) .....	54
4.3.	IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E NECESSIDADES .....	55
5.	DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E OBJETIVOS .....	56
5.1.	DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES .....	56
5.2.	DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....	58
6.	SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	61
7.	PREPARAÇÃO OPERACIONAL .....	63
7.1.	SELEÇÃO DE INTERVENÇÕES/ATIVIDADES .....	63
7.2.	PREVISAO DE RECURSOS .....	64
8.	AVALIAÇÃO .....	66



9.	OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO PROJETO .....	69
10.	REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	70
10.1.	COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS .....	70
10.2.	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	72
10.3.	COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE .....	74
11.	CONCLUSÃO .....	76
	BIBLIOGRAFIA.....	79
	APÊNDICES .....	84
	<b>APÊNDICE I</b> - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido .....	85
	<b>APÊNDICE II</b> - PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA SAÚDE PARA A ULSNA .....	88
	<b>APÊNDICE II a</b> – PARECER POSITIVO EM RESPOSTA AO PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSNA .....	91
	<b>APÊNDICE III</b> - GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....	94
	<b>APÊNDICE IV</b> - ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS.....	96
	<b>APÊNDICE V</b> - CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES REALIZADAS .....	100
	<b>APÊNDICE VI</b> – RESUMO DE ARTIGO CIENTÍFICO SOBRE O PROJETO.....	103
	<b>APÊNDICE VII</b> - FOLHETOS INFORMATIVOS SOBRE AS DOENÇAS CORONÁRIAS, CAMPANHA DOS CUIDADOS COM O FRIO E VACINA DA GRIPE.....	107
	<b>APÊNDICE VIII</b> – APRESENTAÇÃO SOBRE A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL .....	114

ANEXOS .....	124
<b>ANEXO I-</b> ESCALA DE MORSE .....	125
<b>ANEXO II-</b> ESCALA DE BARTHEL.....	127

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Vértices de Análise.....	28
<b>Figura 2:</b> Determinantes do envelhecimento ativo.....	30

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Estrutura etária da população por grandes grupos de idade (%), Portugal 1970-2014. ....	19
<b>Gráfico 2:</b> Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (N.º), Portugal, 1970-2014. ....	20
<b>Gráfico 3:</b> População idosa (65 anos e mais anos de idade) (%), UE 28, 2003 e 2013. ....	21
<b>Gráfico 4:</b> Índice de envelhecimento, UE, 28, 2003 e 2013. Fonte: INE, 2015. ....	21
<b>Gráfico 5:</b> Índice de renovação da população em idade ativa, UE, 28, 2003 e 2013. ....	22
<b>Gráfico 6:</b> Pirâmides etárias, Portugal e UE 28, 2013. ....	23
<b>Gráfico 7:</b> População residente com 65 anos ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções). ....	23
<b>Gráfico 8:</b> Índice de Envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções). ....	24
<b>Gráfico 9:</b> Anos de vida saudável aos 65 anos em Portugal: total e por sexo (1995-2012). ....	25
<b>Gráfico 10:</b> Prevalência das principais doenças crónicas na população residente, em percentagem, por grupo etário. ....	26
<b>Gráfico 11:</b> Proporção de famílias clássicas unipessoais de pessoas com 65 ou mais anos, Portugal e NUTS II, 2001 e 2011. ....	28
<b>Gráfico 12:</b> Estrutura etária da população residente no Município de CV, 2017. ....	34
<b>Gráfico 13:</b> Demografia e Saúde no Município, 2017. ....	35
<b>Gráfico 14:</b> Índice de dependência de idosos no concelho, em 2011. ....	36
<b>Gráfico 15:</b> População empregada no concelho segundo os Censos, 2011. ....	37
<b>Gráfico 16:</b> Distribuição dos Inquiridos segundo a idade. ....	48
<b>Gráfico 17:</b> Distribuição dos inquiridos segundo o género. ....	48
<b>Gráfico 18:</b> Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil. ....	48
<b>Gráfico 19:</b> Distribuição dos inquiridos segundo o grau da escolaridade. ....	49
<b>Gráfico 20:</b> Distribuição dos inquiridos segundo as freguesias selecionadas. ....	49
<b>Gráfico 21:</b> Distribuição dos inquiridos segundo a situação de isolamento. ....	50
<b>Gráfico 22:</b> Distribuição dos inquiridos de acordo com o apoio recebido. ....	51
<b>Gráfico 23:</b> Distribuição das dificuldades sentidas pelos inquiridos. ....	51
<b>Gráfico 24:</b> Problemas de saúde dos inquiridos. ....	52
<b>Gráfico 25:</b> Distribuição dos inquiridos sobre as necessidades de ajuda manifestadas. ....	53
<b>Gráfico 26:</b> Distribuição dos inquiridos sobre a satisfação com o Centro de Saúde. ....	54
<b>Gráfico 27:</b> Distribuição da categoria “Sentir-se sozinho”. ....	54



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> População residente em Portugal entre 2001 e 2011.....	18
<b>Tabela 2:</b> Estrutura etária da população portuguesa residente em 2001 e 2011 (%). ....	19
<b>Tabela 3:</b> Dinâmica Populacional, 2017 no Município. ....	34
<b>Tabela 4:</b> Nados Vivos e Óbitos por Município, 2014-2017.....	35
<b>Tabela 5:</b> Índice de Longevidade, no concelho.....	36
<b>Tabela 6:</b> Categorização da população inativa segundo os Censos.....	37
<b>Tabela 7:</b> Setores de Atividade Económica, no concelho.....	38
<b>Tabela 8:</b> Valoração dos critérios de definição de prioridades.....	56
<b>Tabela 9:</b> Matriz de priorização do problema Isolamento social, Fonte: DGS, 2017 .....	57
<b>Tabela 10:</b> Definição das metas ou objetivos operacionais .....	59

## **SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

APA – American Psychological Association

AVD’S – Atividades da Vida Diárias

CMCV – Câmara Municipal de Castelo de Vide

CSI – Complemento Solidário para Idosos

CV– Castelo de Vide

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

GAPI – Gabinete de Apoio à Pessoa Idosa

GNR – Guarda Nacional Republicana

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

NUTS – Limites territoriais de referência

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDS – Plano Desenvolvimento Social

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

UF – Unidades Funcionais

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno a nível mundial considerado como um dos maiores desafios do século XXI. Este tem repercussões importantes ao nível de todos os domínios da sociedade e particularmente no que diz respeito à saúde.

Verifica-se segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), que o envelhecimento da população é cada vez mais acentuado, revelando que Portugal é o terceiro país da União Europeia, com um valor mais alto do índice de envelhecimento (Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS], PORDATA, 2018).

A literatura disponível evidencia-nos que o isolamento e a solidão no idoso são problemas reais e que tendem a agravar-se, sendo necessária a intervenção por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, constituindo uma área prioritária de intervenção. As pessoas da terceira idade possuem características pessoais, têm as suas necessidades básicas, necessidades de valorização pessoal, carinho e independência (Marrachinho, 2014).

O presente Relatório de Estágio insere-se na Unidade Curricular (UC) Relatório de Estágio Final, integrado no 1.º semestre do 2.º ano, da 3.ª edição do Mestrado em Enfermagem em Associação - Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Este trabalho de carácter profissional, tem como finalidade descrever o projeto desenvolvido durante os dois estágios efetuados, assim como apresentar uma reflexão relativamente às competências adquiridas, fundamentada nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Existindo linhas de investigação no âmbito da área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Mestrado, a opção foi escolher a linha de investigação *envelhecimento*. Assim, o Diagnóstico de Situação de saúde, baseado na metodologia de Planeamento em Saúde, foi realizado nesta área.

O Estágio Final tal como o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I, decorreram numa Equipa de Cuidados Continuados na Comunidade (UCC) no concelho de uma região do Alto Alentejo, sob a orientação clínica da Enfermeira AA (codificado) e professora orientadora Sandra Xavier. Este projeto de intervenção foi desenvolvido durante o Estágio Final, entre os meses de setembro de 2019 e janeiro de 2020.

Relativamente ao concelho em questão, o envelhecimento da população é muito acentuado, sendo o isolamento dos idosos cada vez maior, aumentando, assim, a necessidade de cuidados

de saúde a este grupo. Relativamente ao meio rural, verifica-se que o apoio da família é geralmente mais fraco, devido à distância geográfica que separa os filhos dos pais, tornando-se assim, o apoio dos vizinhos e amigos, essencial para estes idosos no seu quotidiano. Deste modo, tornou-se pertinente perceber a realidade dos idosos isolados em meio rural em três freguesias do concelho.

As UCC, são Unidades Funcionais (UF) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), sendo que prestam “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”. (Decreto Lei n.º 28/2008, p.1184).

Através da análise do regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Pública (Regulamento n.º 428/2018), constata-se que este profissional deve: saber realizar o Diagnóstico de Saúde de uma comunidade; trabalhar no sentido de capacitar as comunidades; contribuir para a coordenação dos programas de saúde e para os objetivos do Plano Nacional de Saúde e participar na vigilância epidemiológica de comunidades.

Assim, de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, foi realizado o projeto após ter sido elaborado um Diagnóstico de Saúde, que revelou as necessidades da comunidade em estudo. O diagnóstico foi obtido pela pesquisa de documentos, pela utilização de entrevistas e aplicação de escalas e pela participação da comunidade, para a identificação das necessidades do grupo de idosos isolados da zona rural do concelho.

Após a identificação da problemática do envelhecimento no concelho em estudo e do Diagnóstico de Situação de saúde surgiu o projeto que se intitulou “*Mais Saúde nos Montes*” – *Capacitação das pessoas idosas isoladas em meio rural*. Este teve como finalidade promover a saúde das pessoas idosas isoladas neste concelho. Como objetivo geral, definimos:

- Promover a capacitação de pessoas idosas que vivem sozinhas em meio rural, em três freguesias do concelho no âmbito do envelhecimento ativo.

Como objetivos específicos definimos:

- Identificar as principais necessidades das pessoas idosas, que vivem isoladas, nas três freguesias do concelho;
- Incentivar a participação das pessoas idosas nas atividades de Promoção da Saúde realizadas;



- Interceder nas necessidades identificadas e nas questões sociais, com vista a alcançar a satisfação dessas necessidades.

À medida que desenvolvemos este relatório de estágio, enumeramos os objetivos de aprendizagem da unidade curricular, apresentamos capacidades das nossas intervenções baseadas na evidência científica, demonstramos capacidade de implementar um projeto de intervenção comunitária de acordo com as fases do Planeamento em Saúde, desenvolvemos ferramentas que permitem uma análise crítica das competências em enfermagem comunitária e de Saúde Pública.

Em relação à estrutura do relatório, este encontra-se estruturado em duas partes, o enquadramento teórico e o enquadramento prático. Na primeira parte, pretende-se desenvolver a contextualização do envelhecimento, assim como as problemáticas do mesmo, através da abordagem da evolução demográfica do envelhecimento. Menciona-se também o papel dos enfermeiros, especialmente os enfermeiros da área comunitária, na prevenção do isolamento dos idosos, através do recurso a um referencial teórico que sustenta as nossas práticas de cuidados.

Na segunda parte do relatório, o enquadramento prático, é descrito o local onde decorreu o estágio, seguindo-se a metodologia usada, nomeadamente o processo da metodologia do Planeamento em Saúde e as suas etapas, as questões éticas inerentes ao projeto e tratamento da informação recolhida. Assim, descreve-se o diagnóstico obtido, enumerando os dados que resultaram da aplicação de um questionário que permitiu a caracterização da situação. De seguida, descreve-se a fase da determinação de prioridades encontradas e a sua categorização de acordo com os métodos científicos. Apresentamos também a população-alvo e os objetivos traçados para o projeto, assim como as estratégias selecionadas e as atividades realizadas, e no final, a avaliação do projeto de intervenção. São também mencionadas outras atividades desenvolvidas no decorrer do estágio e por último, uma reflexão sobre as competências de grau de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública. Por fim, apresentamos a conclusão onde se encontra uma síntese dos conteúdos mais revelantes do relatório.

A aprovação em todas as unidades curriculares incluídas no Plano de Estudos do Curso de Mestrado, assim como a realização deste relatório e sua defesa pública, permitem a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Este relatório foi desenvolvido e escrito segundo as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, a Norma da American Psychological Association [APA] – 6.<sup>a</sup> edição para a redação do documento e as normas da estrutura de acordo com o Regulamento Académico da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL E NO MUNDO

O envelhecimento é um fenómeno mundial. Contudo, é na Europa que se concentra a maioria da população mais envelhecida, sendo considerado um continente envelhecido. (Tereso, 2018).

Como já foi mencionado, o envelhecimento altera a estrutura da pirâmide etária da população, ou seja, apresenta uma proporção maior de pessoas idosas no topo da pirâmide. Esta realidade deve-se à diminuição da natalidade e ao aumento da longevidade e define fortemente o contexto do século XXI.

De acordo com Tereso (2018) em Portugal o fenómeno do envelhecimento demográfico apareceu uns anos mais tarde do que na Europa Central e do Norte. Depois da Segunda Guerra Mundial Portugal apresentava uma das populações mais jovens da Europa. No entanto, nos dias de hoje, acontece precisamente o inverso, o nosso país enfrenta uma tendência cada vez mais marcante do envelhecimento da população.

Relativamente ao envelhecimento demográfico em Portugal e na União Europeia, Portugal comparativamente aos restantes países da União Europeia (EU), caracteriza-se por apresentar o quinto valor mais alto do índice de envelhecimento; o terceiro valor mais baixo das taxas de natalidade e o terceiro maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013 (INE, 2015).

**Tabela 1:** População residente em Portugal entre 2001 e 2011.

2001			2011		
Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
10 356 117	5 000 141	5 355 976	10 562 178	5 046 600	5 515 578

Fonte: INE, 2012.

De acordo com os resultados dos Censos 2011 (INE, 2012), a população que residia em Portugal, em 2001, era de 10 356 117 pessoas aumentando para um total de 10 562 178, em 2011, como ilustra a Tabela 1.

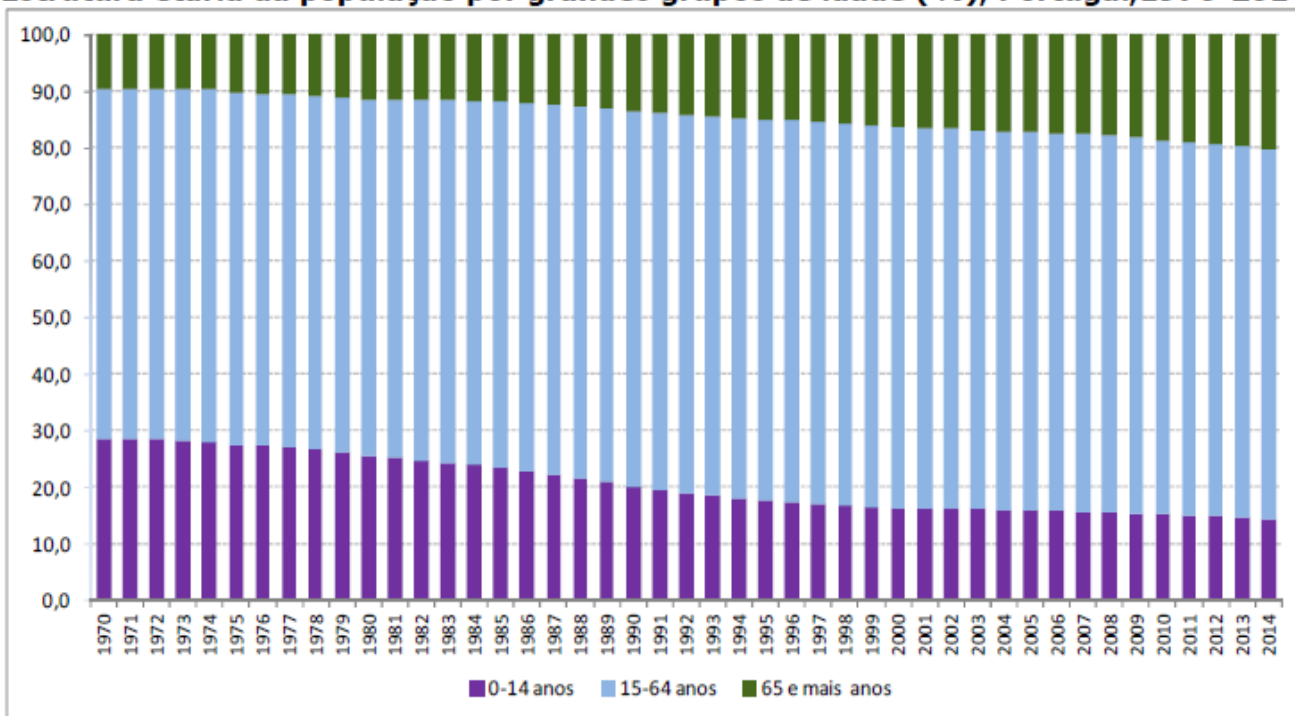
**Tabela 2:** Estrutura etária da população portuguesa residente em 2001 e 2011 (%).

	2001(%)			2011(%)		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
<b>Jovens (0-14)</b>	16,0	16,9	15,1	14,8	15,9	13,9
<b>Idosos (65 e mais)</b>	16,3	14,1	18,4	19,0	16,6	21,1

Fonte INE, 2012.

De acordo com a tabela 2, podemos verificar que em 2011 os desequilíbrios que já existiam em 2001 pioraram, relativamente à estrutura etária da população portuguesa. Consta-se o fenómeno do envelhecimento pela presença do aumento da população idosa e pela diminuição da população jovem. A população jovem desceu de 16% em 2001 para cerca de 15 % em 2011, contrariamente a população idosa, que aumentou de 16, 3% em 2001 para 19,0% em 2011.

**Estrutura etária da população por grandes grupos de idade (%), Portugal, 1970-2014**



**Gráfico 1:** Estrutura etária da população por grandes grupos de idade (%), Portugal 1970-2014.

Fonte: INE, 2015.

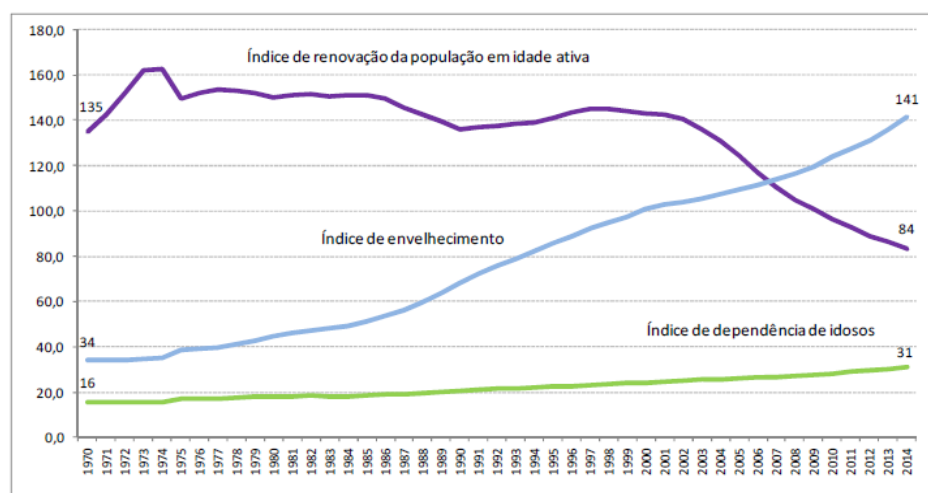
Segundo a análise do Gráfico 1, verificamos que o envelhecimento se tem destacado em Portugal devido à queda da natalidade e ao aumento da longevidade nos últimos anos. Verificou-se no nosso país o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em



idade ativa (15 a 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade).

Entre 1970 e 2014, a proporção da população jovem desceu 14 pontos percentuais passando de 28,5% do total da população em 1970 para 14,4% em 2014. Por sua vez, o peso relativo da população idosa aumentou 11 p.p., passando de 9,7% em 1970 para 20,3% em 2014. A população ativa aumentou 3 p.p. entre estes anos: 61,9% em 1970 e 65,3% em 2014.

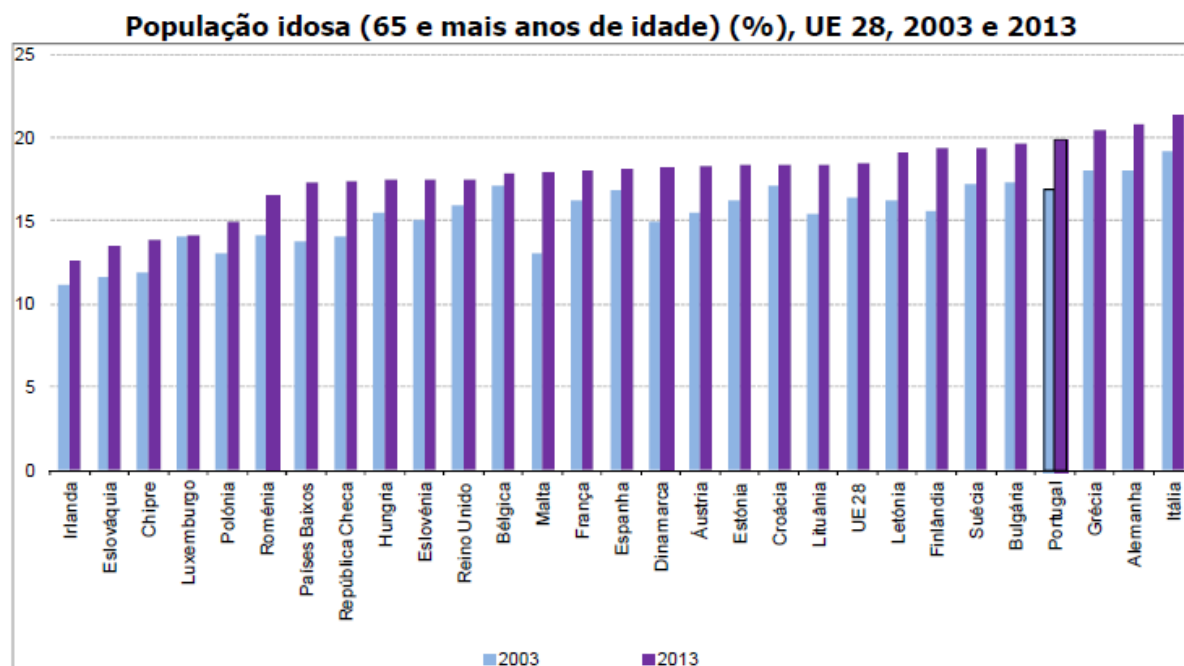
**Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (N.º), Portugal, 1970-2014**



**Gráfico 2:** Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (N.º), Portugal, 1970-2014.  
Fonte: INE, 2015.

Observando o Gráfico 2, o índice de dependência de idosos, que relaciona o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos de idade), subiu continuamente entre 1970 e 2014, passando de 16 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 1970, para 31 em 2014. Também, o índice de renovação da população em idade ativa, que traduz a relação entre o número de pessoas em idade potencial de entrada no mercado de trabalho (20 a 29 anos de idade) e o número de pessoas em idade potencial de saída do mercado de trabalho (55 a 65 anos de idade), tem vindo a descer, com maior ocorrência nos últimos quinze anos: desde 1999 que este índice tem reduzido continuamente, tendo-se situado em 2010 abaixo de 100, para atingir 84 em 2014.

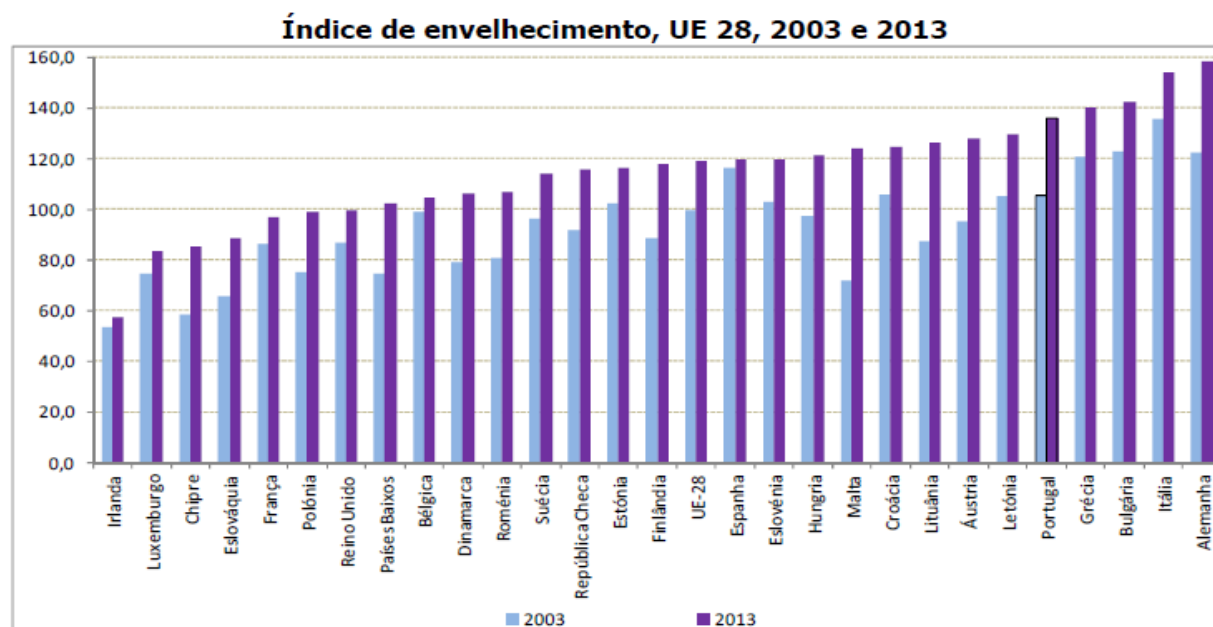




**Gráfico 3:** População idosa (65 anos e mais anos de idade) (%), UE 28, 2003 e 2013.

Fonte: INE, 2015.

Como ilustra o Gráfico 3, entre 2003 e 2013 todos os países da UE tiveram subida da proporção de idosos, diminuições da proporção de jovens, excepto a Irlanda e a Espanha, e de população em idade ativa com exceção da Polónia, Eslováquia, Luxemburgo e Chipre.

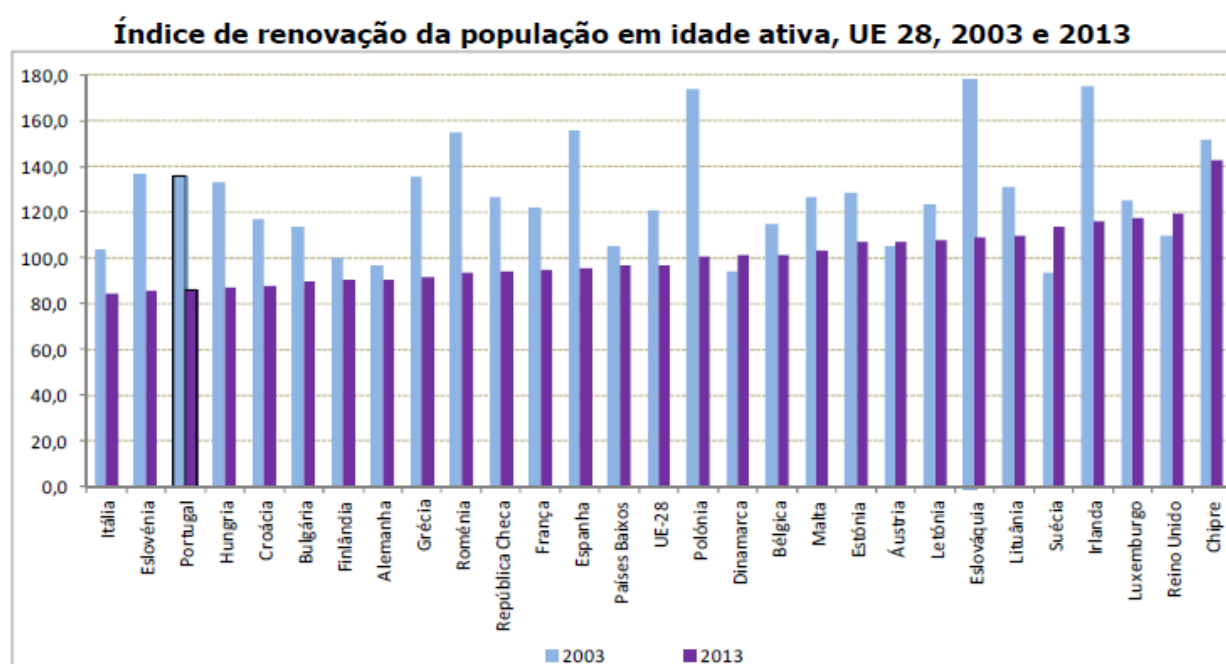


**Gráfico 4:** Índice de envelhecimento, UE, 28, 2003 e 2013. Fonte: INE, 2015

De acordo com o Gráfico 4, as alterações na estrutura etária resultam no aumento do índice de envelhecimento: em 2014 por cada 100 jovens residiam em Portugal 141 idosos (136 em 2013).

O índice de envelhecimento para a UE, em 2013, era de 119 idosos por cada 100 jovens. O índice mais elevado situava-se na Alemanha (159), a que se seguia a Itália (154), Bulgária (142), Grécia (140) e Portugal (136). Por oposição, o índice de envelhecimento demonstrava um número de jovens superior ao de idosos na Irlanda (57), Luxemburgo (84), Chipre (85), Eslováquia (88), França (97) e Polónia e Reino Unido (99).

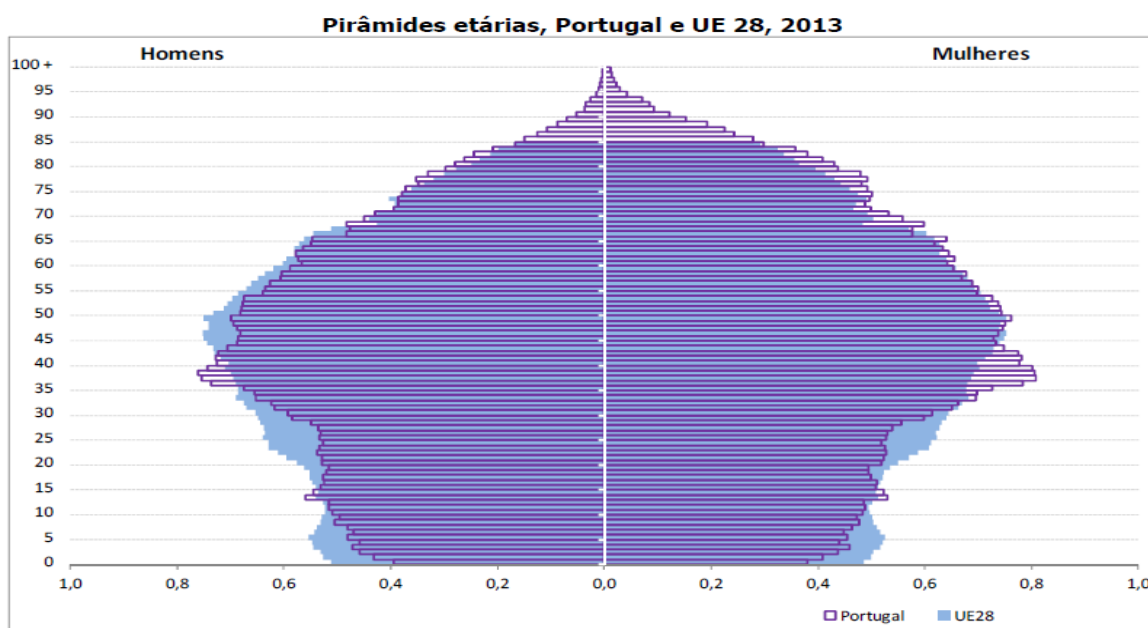
Relativamente a 2003, o índice de envelhecimento passou de 100 para 119 idosos por 100 jovens na UE. O maior aumento do número de idosos por 100 jovens verificou-se em Malta (+53), seguido da Lituânia (+39), Alemanha (+36), Áustria (+33) e de Portugal e Finlândia (+30); no entanto, o menor aumento verificou-se em Espanha (+3), Irlanda (+4), Bélgica (+6), Luxemburgo (+9) e França (+11).



**Gráfico 5:** Índice de renovação da população em idade ativa, UE, 28, 2003 e 2013.

Fonte: INE, 2015.

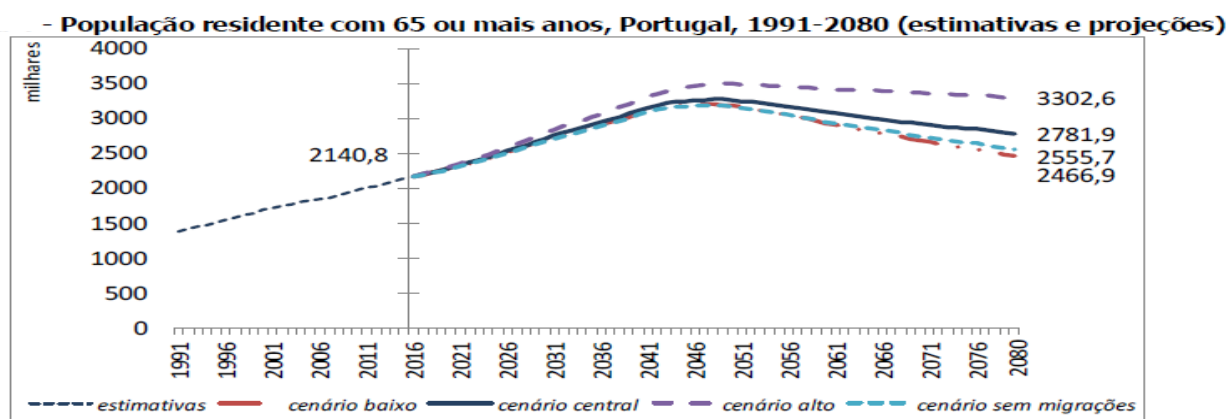
Em Portugal, observa-se também o envelhecimento da população em idade ativa como comprova a diminuição do índice de renovação da população em idade ativa: em 2003 por cada 100 pessoas dos 55 aos 64 anos de idade haviam 136 pessoas com 20 a 29 anos de idade, valor que diminuiu para 84 em 2014 (86 em 2013); desde 2010 que o número de pessoas em idade potencial de saída do mercado de trabalho não é equilibrado pelo número de pessoas em idade potencial de entrada no mercado de trabalho, como ilustra o Gráfico 5.



**Gráfico 6:** Pirâmides etárias, Portugal e UE 28, 2013.  
Fonte: INE, 2015.

A observação das pirâmides etárias sobrepostas no Gráfico 6, para a Portugal e para UE, no ano de 2013, revelam o fenómeno do duplo envelhecimento demográfico: a base da pirâmide apresenta um estreitamento, mais evidente para Portugal do que para a UE, enquanto o seu topo se amplifica, com valores semelhantes para Portugal e para a UE.

O formato destas pirâmides traduz o aumento do número de idosos (65 e mais anos de idade), a minoração do número de jovens (0 a 14 anos de idade) e do número de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos de idade) dos últimos anos, em Portugal e no conjunto dos Estados Membros da UE 28 (INE, 2015).

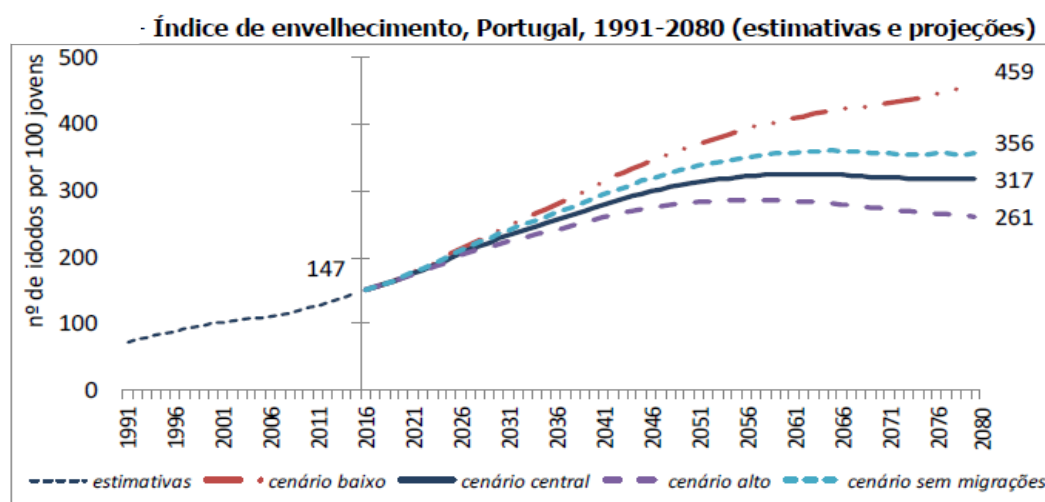


**Gráfico 7:** População residente com 65 anos ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções).  
Fonte: INE, 2017.



De acordo com a análise do Gráfico 7, em 2080, a população idosa poderá alcançar entre 3,3 milhões no cenário alto e 2,5 milhões de pessoas no cenário baixo. O acréscimo mais destacado no cenário alto resulta, principalmente, de um maior aumento da esperança de vida considerado neste cenário.

A tendência de aumento da população idosa é transversal a todas as regiões e em qualquer dos cenários analisados, com exceção do Centro no cenário sem migrações e do Alentejo nos cenários baixo, central e sem migrações, como ilustra o gráfico anterior.



**Gráfico 8:** Índice de Envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções).

Fonte: INE, 2017.

De acordo com a análise do Gráfico 8, o índice de envelhecimento da população poderá ser de 459 idosos por cada 100 jovens no cenário baixo ou subir, menos acentuadamente, para 261 idosos por cada 100 jovens no cenário alto. No cenário central, o índice de envelhecimento na Região Autónoma dos Açores situava-se, em 2015, em 82 idosos por cada 100 jovens aumentando para 272 idosos por cada 100 jovens em 2080 (mais do que triplicando). No entanto, a região mais envelhecida, neste cenário, em 2080, será o Norte (em 2015 era o Alentejo), e a região menos envelhecida será o Algarve (em 2015 era a Região Autónoma dos Açores).



## 2.2. O ENVELHECIMENTO E A SAÚDE

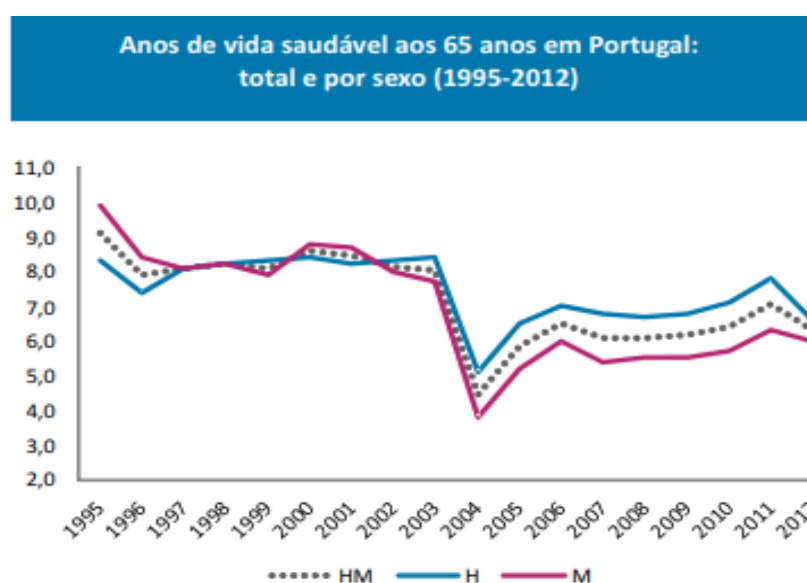
Em primeiro lugar é importante definir o conceito de saúde, para depois se analisar a saúde de uma população. A saúde é caracterizada pela OMS (2000) como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afeções e enfermidades”. As consequências do envelhecimento têm impacto na saúde das pessoas, manifestadas pela perda de capacidades físicas e mentais (INE, 2017).

As pessoas com 65 anos ou mais anos de idade, estão sujeitas a uma deterioração do seu estado de saúde, o que leva ao aumento da procura de serviços de saúde.

Verificamos que o perfil sociodemográfico de uma população se altera ao longo dos tempos, sendo considerado dinâmico e variável. As características das pessoas idosas nos dias de hoje não são iguais às de alguns anos atrás, nem serão iguais daqui a alguns anos. Ou seja, também a resposta às suas necessidades terá que ser ajustada. Um fator inerente à alteração do perfil social das pessoas com mais de 65 anos de idade, prende-se com o nível de escolaridade.

Segundo o INE (2017), verifica-se, cada vez mais, que as pessoas gerem a sua própria saúde, através da gestão da sua medicação; na autonomia para solucionar pequenos problemas de saúde, na procura de estilos de vida mais saudáveis e nos mecanismos de prevenção existentes.

De acordo com o Gráfico 9, Portugal apresenta uma evolução negativa e abaixo da média europeia relativamente aos anos de vida saudável aos 65 anos, tanto para homens como para mulheres, registando-se, em termos gerais, uma tendência decrescente ao longo de quase duas décadas (INE, 2017).

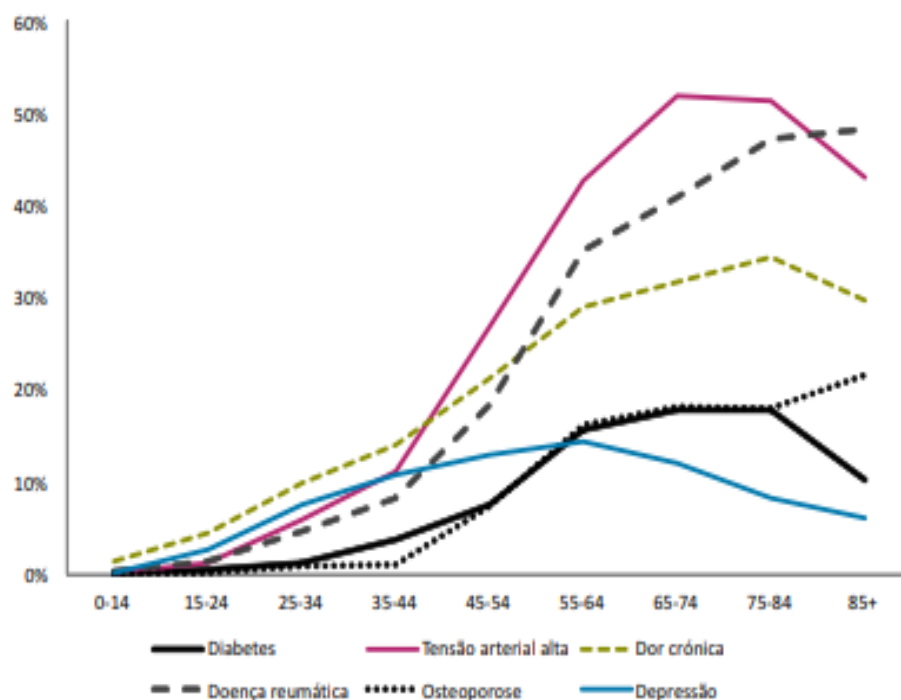


**Gráfico 9:** Anos de vida saudável aos 65 anos em Portugal: total e por sexo (1995-2012).

Fonte: INE, PORDATA, 2015.

Com o avançar da idade existe uma tendência natural para o processo da deterioração do estado de saúde das pessoas. No entanto, é importante referir que envelhecimento e doença não são sinónimos. Ainda assim, observa-se que o envelhecimento aumenta a probabilidade do aparecimento de enfermidades (Miranda, 2015).

**Prevalência das principais doenças crónicas na população residente, em percentagem, por grupo etário**



**Gráfico 10:** Prevalência das principais doenças crónicas na população residente, em percentagem, por grupo etário.  
Fonte: INE, 2017.

De acordo com o Gráfico 10, observamos que Portugal apresenta uma grande proporção de idosos com doenças crónicas, em particular a pressão arterial elevada, e também prevalecem as situações de incapacidade transitória ou permanente, como é o caso da doença reumática.

### 2.3. ENVELHECIMENTO, SOLIDÃO E ISOLAMENTO

O fenómeno do envelhecimento está interligado com a ausência de comunicação com as outras pessoas, caracterizado pelo isolamento e solidão nos idosos. Este isolamento e solidão é causado pela morte de pessoas importantes, pelo distanciamento da família e pela morte do cônjuge. Cada vez mais, a nossa sociedade vive o fenómeno do isolamento social e da solidão no idoso (Tereso, 2018).

De acordo com Tereso (2018, p.31), “a solidão é um fenómeno que envolve a pessoa no seu todo, os seus sentimentos, pensamentos e ações. Consiste numa experiência pessoal, intensa, subjetiva e desagradável (...)”. Assim, este fenómeno pode ser passageiro ou passar a uma situação mais grave e crónica.

Existem três aspetos fulcrais relacionados com a solidão (Idem, 2018):

- “A solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo”;
- “A experiência subjetiva de solidão é psicologicamente desagradável e angustiante para quem a experiência, podendo levar à exclusão social”;
- “A solidão resulta de alguma forma de relacionamento deficiente”.

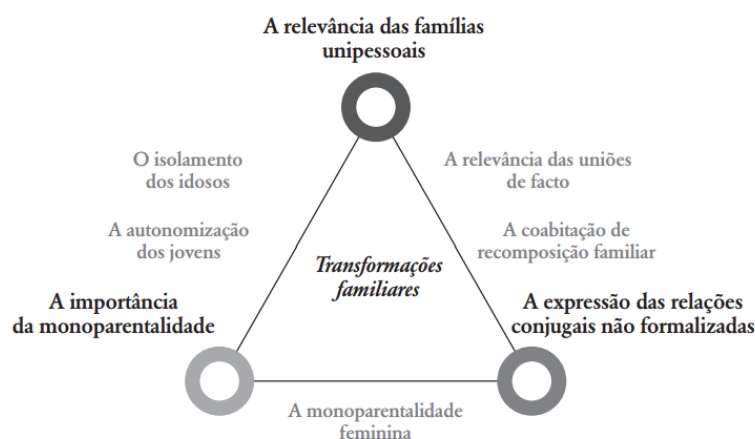
Assim, a solidão pode ser sentida e vivenciada por todos e em qualquer lugar, sendo um sentimento característico presente nas pessoas idosas. Pode ser sentida quando se está sozinho, mas, também quando se está acompanhado, mas gostaríamos de estar com outras pessoas. Um idoso quando se sente sozinho, sente-se insatisfeito, triste, excluído, aborrecido, angustiado, desesperado e depressivo (Tereso, 2018).

Apesar de o isolamento e a solidão estarem muito relacionados, é importante esclarecer que isolamento não é a mesma coisa que solidão. Segundo Tereso (2018), o isolamento é de carácter objetivo porque mede o número de contactos sociais, enquanto que a solidão é subjetiva, no sentido de que mede a insatisfação da pessoa para com esses contactos sociais.

Segundo Mauritti (2011), existem cada vez mais famílias unipessoais, tornando-se uma realidade global e transversal à sociedade atual. Estes tipos de famílias caracterizam-se por alterações sociais e por novas conceções de estilos de vida (Tereso, 2018).

O envelhecimento conduz a que mais pessoas vivam sozinhas e a uma diminuição das que vivem nas famílias conjugais. Nas idades mais avançadas, a realidade de viver sozinho é muitas vezes associada à solidão e é entendida como uma problemática social, dado que aumenta o número de pessoas dependentes de terceiros (Cabral, 2013).

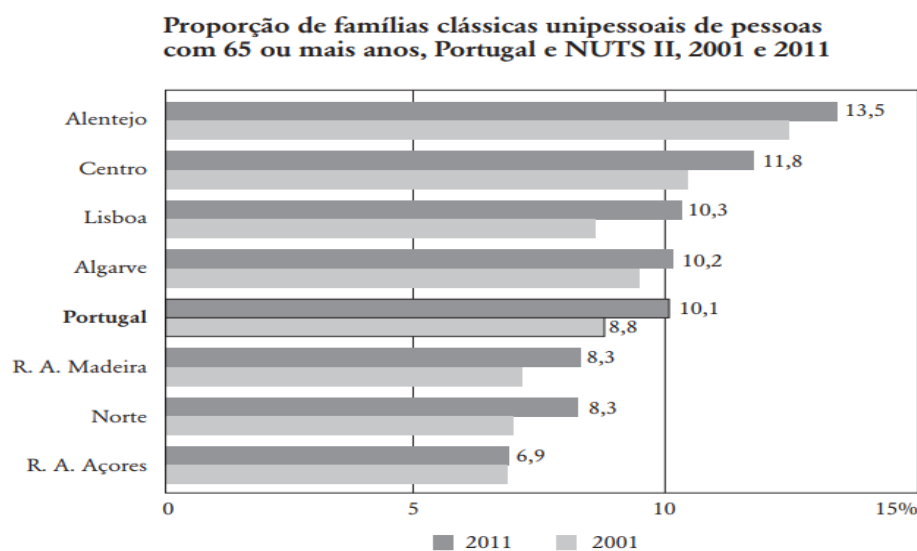




**Figura 1:** Vértices de Análise.

Fonte: INE, Censos 2011.

Em Portugal, como já foi referido, acontece o aumento das famílias unipessoais a que se encontram associadas as problemáticas do envelhecimento demográfico e do isolamento dos idosos, a independência dos jovens, a nuclearização das famílias, levando à exclusão dos idosos dos contextos familiares tradicionais, como ilustra a Figura 1.



**Gráfico 11:** Proporção de famílias clássicas unipessoais de pessoas com 65 ou mais anos, Portugal e NUTS II, 2001 e 2011.

Fonte: INE (2014), Censos 2011.

De acordo com o Gráfico 11, o processo do envelhecimento demográfico permite entender o crescente número de famílias clássicas unipessoais que são compostas por pessoas com 65 ou mais anos. De forma geral, entre 2001 e 2011, a proporção de famílias, unipessoais de pessoas com 65 ou mais anos cresceu, em todas as regiões do país, tendo este aumento sido maior nas regiões Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve, que detinham em 2011 valores superiores ao



total de Portugal (10,1%). Nas regiões autónomas e na região Norte, apesar de se verificar a mesma inclinação, os valores conservaram-se inferiores aos da média nacional.

O envelhecimento é um processo essencialmente conjugal, ou seja, relativamente aos homens, e parcialmente não conjugal ou a sós, no caso das mulheres. No caso de existir a perda do cônjuge estão associados sentimentos de solidão e isolamento social, dado que o cônjuge é percecionado como o suporte emocional na relação (Afonso, 2015).

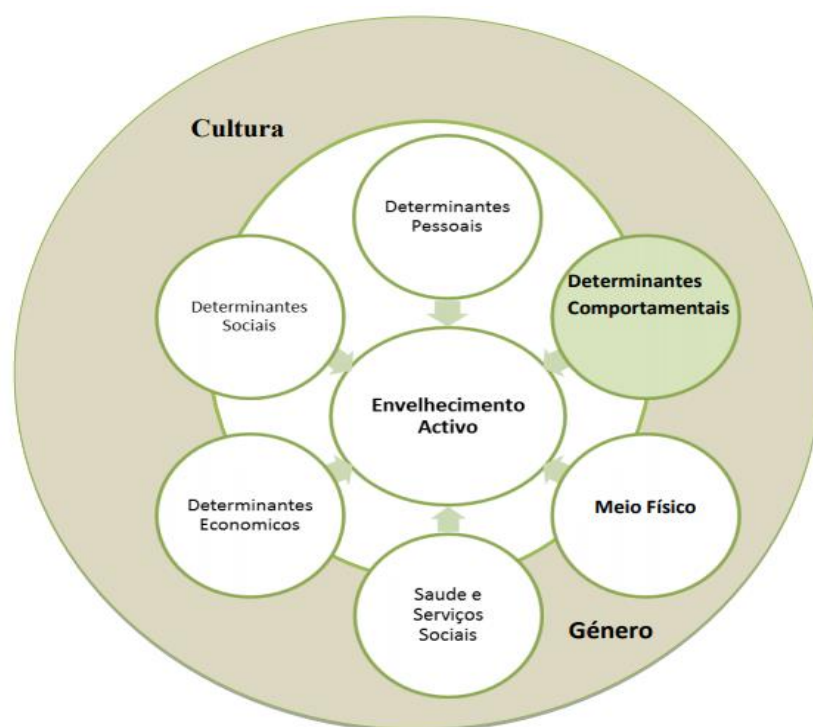
As pessoas idosas que vivem sozinhas integram um conjunto de características que definem este perfil social, tais como:

- Regra geral, as pessoas idosas com 65 anos ou mais, vivem sozinhas devido a situações de morte do cônjuge;
- Normalmente existem mais mulheres a viverem sozinhas, devido à esperança média de vida ser superior nas mulheres relativamente aos homens;
- Os idosos isolados destas faixas etárias têm um grau de escolaridade mais baixo, dado que viveram em contextos estruturais menos qualificados, mais empobrecidos a nível económico e com baixa literacia comparativamente aos jovens, (INE, Censos 2011).

Assim, de acordo com o INE (Censos, 2011), o perfil das pessoas idosas com 65 e mais anos de idade que residem sozinhas, deriva essencialmente da morte do cônjuge, ou seja, para este grupo de pessoas, verifica-se a existência das famílias unipessoais. Também é um perfil mais feminino, pelo aumento da esperança média de vida, pelo que é mais frequente encontrar mais mulheres que residem neste tipo de famílias. Estes idosos apresentam geralmente baixo nível de escolaridade e encontram-se em situações de reforma, dado que já se encontram no inativo. Assim, os homens e as mulheres diferem também relativamente à esperança média de vida, havendo diferenças significativas na saúde e capacidade de sobrevivência: os homens tendem a ser mais fortes fisicamente, mas apresentam maior mortalidade, comparativamente ao género feminino (DGS, 2017).

A sociedade pode contribuir para um processo de envelhecimento saudável para as pessoas idosas, no sentido de prevenir fenómenos como o isolamento social e a solidão. Torna-se essencial proporcionar apoio por parte das famílias e da sociedade, aos idosos promovendo o bem-estar e qualidade nas suas vidas (Cavalcanti et al, 2016).

Existem certos determinantes sociais que são considerados elementos essenciais para o desenvolvimento saudável dos idosos, tais como: apoio social, aprendizagem permanente, as oportunidades de educação, a paz e a proteção contra a violência nos idosos. A falta destes apoios pode proporcionar a ocorrência dos fenómenos da solidão e isolamento social (Azevedo, 2015).



**Figura 2:** Determinantes do envelhecimento ativo.  
Fonte: Durão, 2014.

Como podemos observar na Figura 2, esta identifica quais são os determinantes para o envelhecimento ativo. Os fatores estão todos interligados, mas relativamente à promoção do envelhecimento ativo, os fatores comportamentais destacam-se, dado que são estes os determinantes em que se pode intervir, para a adoção de comportamentos saudáveis (Durão, 2014).

## 2.4. PROMOÇÃO DA SAÚDE, CAPACITAÇÃO E CIDADANIA

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como responsabilidade direccionar as suas intervenções para a Promoção da Saúde, ou seja, capacitar a comunidade visando a sua qualidade de vida, através da vigilância deste processo abrangente.

O conceito de **Promoção da Saúde** já se aborda há muito tempo, mas a primeira referência ao seu conceito está associada à primeira Conferência Internacional para a Promoção da Saúde que decorreu em 1986, em que surgiu a Carta de Ottawa, que caracteriza a Promoção da Saúde como:

“O processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem. Para atingir um estado de

completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo, ou grupo, devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, bem como satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. A saúde é entendida como um recurso para a vida, não como uma finalidade de vida. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas. Portanto, promoção da saúde não é apenas responsabilidade do sector da saúde, mas vai além estilos de vida saudáveis para bem-estar”. (Carta de Ottawa, 1986).

Assim, segundo Gonçalves (2019, p. 30), “a promoção da saúde visa contribuir para assegurar a igualdade de oportunidades de acesso e recursos, capacitando a comunidade para que atinja a mais completa realização do seu potencial de saúde”. Torna-se fundamental contribuir para a criação de ambientes saudáveis para todos com igual acesso à informação disponibilizada de forma a tomar decisões saudáveis.

A capacitação das comunidades torna-se muito eficaz através da realização de sessões de educação para a saúde, ou também denominadas por sessões de literacia, sendo consideradas sessões de Promoção da Saúde. Esta capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes e responsáveis pela sua própria saúde e, conseqüentemente, na saúde coletiva (Gonçalves, 2019). É neste sentido que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária procede à capacitação dos grupos, indivíduos e comunidades.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, menciona que a cidadania em saúde, surgiu na Declaração de Alma-Ata, em 1978, onde define a cidadania em saúde como: “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (Direção Geral da Saúde, 2015, p. 14).

Assim, o cidadão, visto como o elemento central no Sistema de Saúde, é considerado como um agente de mudança na sociedade. Deve ser capacitado para tomar a decisão de assumir a responsabilidade de lutar pelos direitos e deveres da sua saúde individual e coletiva. O PNS 2012-2016, refere que para o cidadão exercer a cidadania em saúde, tem que “estar informado, tem que interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e, quando for o caso, na gestão da sua doença” (DGS, 2015, p. 14).

#### **2.4.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**

Este relatório de estágio fundamenta-se no modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que ajuda a identificar e explicar os comportamentos que as pessoas idosas podem adotar de



forma a alcançar um envelhecimento saudável. Este modelo preconiza que é fundamental procurar um estilo de vida saudável, através da adoção de comportamentos que promovam a autonomia e um envelhecimento saudável (Silva & Santos, 2010).

Segundo Silva & Santos (2010), as teorias e modelos de Promoção da Saúde, contribuem para a identificação dos problemas de saúde dos idosos, assim como para a resolução desses problemas, através de métodos de Promoção da Saúde, nomeadamente, a promoção de conhecimento, reflexão e deliberação nos comportamentos a adotar.

O modelo de Promoção da Saúde, apresenta uma organização clara, contribuindo para que os enfermeiros prestem cuidados individuais ou coletivos, permitindo assim, planejar, agir e decidir as opções de saúde dos idosos (Idem, 2010). Assim, este modelo de Nola Pender é composto por três concepções:

**1. Características e experiências individuais:** Comportamento anterior (a ser mudado) e fatores pessoais: biológicos (idade, índice de massa corpórea, agilidade), psicológicos (autoestima, auto motivação) e socioculturais (educação, nível socioeconómico);

**2. Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar:** percepção sobre benefícios para a ação: - representações mentais positivas; Percepção de barreiras para a ação; Percepção de autoeficácia; Sentimentos em relação ao comportamento; Influências interpessoais; Influências situacionais

**3. Resultados da conduta, abrangendo:** compromisso com o plano de ação; exigências imediatas e preferências e comportamento de Promoção da Saúde (Silva & Santos, 2010).

Este modelo de Promoção da Saúde interliga a ciência do comportamento humano às fundamentações teóricas de enfermagem. Assenta essencialmente na identificação dos fatores que modificam ou influenciam a adoção de comportamentos saudáveis, afetando assim, o bem-estar da pessoa. O envelhecimento bem-sucedido implica a adoção de atitudes que tenham a finalidade de promover a manutenção da saúde e da autonomia ao longo do processo de envelhecimento.



### **3. ENQUADRAMENTO PRÁTICO**

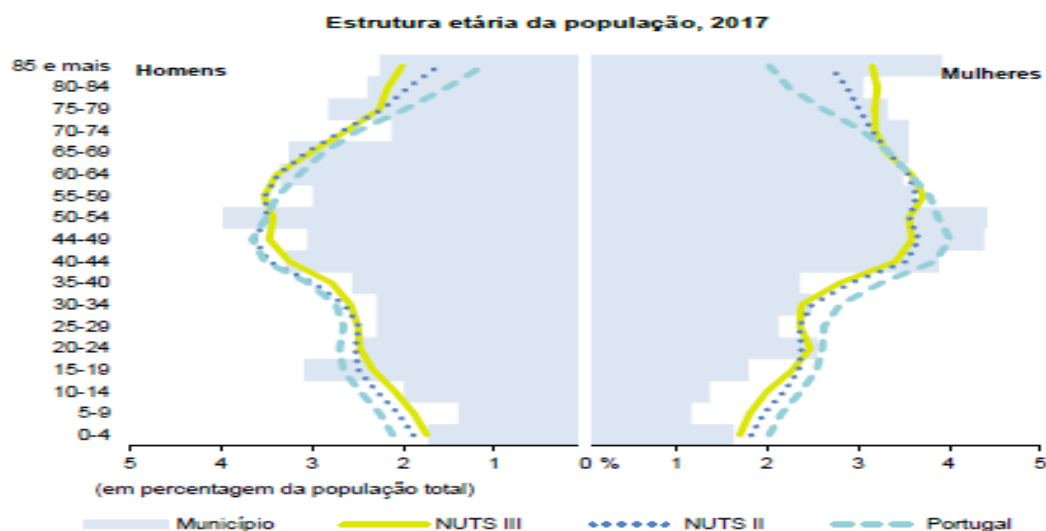
#### **3.1. A COMUNIDADE E O CONTEXTO DE TRABALHO**

A comunidade em que foi desenvolvido o projeto é uma vila portuguesa na sub-região do Alto Alentejo com uma área geográfica de 264,91 Km<sup>2</sup> e com uma população de 3 407 habitantes (Censos, 2011), com uma densidade populacional de 12,9 hab/Km<sup>2</sup>, distribuídos por 4 freguesias (CMCV, 2012).

A maior parte do concelho integra-se na vertente norte de uma serra, entre 540 e 600 metros de altitude e onde a geomorfologia e as condições climáticas estão na origem da grande biodiversidade existente. O carácter romântico da vila está associado aos seus jardins, abundância de vegetação, clima ameno e a proximidade com a serra (CMCV, 2012).

A vila é composta por um conjunto urbanístico único e muito característico, possuindo valores arquitetónicos, históricos e culturais que vale a pena conhecer. Destaca-se a arquitetura militar e religiosa. É o caso do Castelo (século XIII a XVI) e respetivo Burgo Medieval, assim como a restante muralha e o Forte. Na sua grande maioria as igrejas são católicas. Prata (2017) considera que esta vila possui um património cultural grandioso para a riqueza natural de Portugal.

De acordo com as estatísticas, verifica-se que a população residente tem vindo a diminuir no concelho ao longo dos últimos anos, o que demonstra tratar-se de um concelho envelhecido. A população sofre as consequências do abandono dos jovens, com pouca infra-estrutura para a sua fixação, naturalmente baixa a natalidade e conduz ao aumento gradual da faixa etária sénior, com repercussões sociais, económicas e de saúde, conforme ilustra o Gráfico 12.



**Gráfico 12:** Estrutura etária da população residente no Município de CV, 2017.

Fonte: INE, 2018.

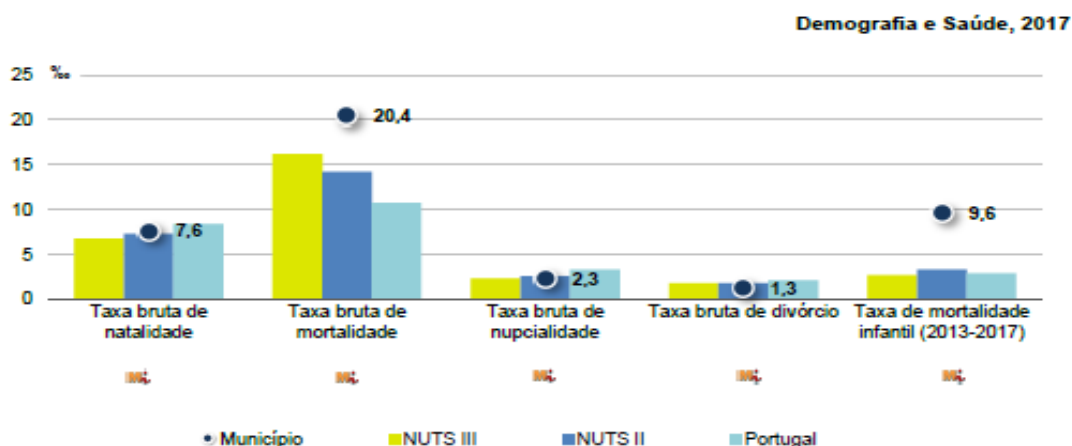
**Tabela 3:** Dinâmica Populacional, 2017 no Município.

	Município	NUTS III	NUTS II	Portugal	Peso do Município NUTS III (%)
População residente (N.º)	3 012	107 057	711 950	10 291 027	2,8
Homens	1 426	50 985	342 912	4 867 692	2,8
Mulheres	1 586	56 072	369 038	5 423 335	2,8
Com menos de 15 anos	279	12 429	90 184	1 423 896	2,2
Com 65 ou mais anos	911	29 214	179 677	2 213 274	3,1
Densidade pop. (N.º/Km <sup>2</sup> )	11,4	17,6	22,5	111,6	-
Taxa de crescimento efetivo anual (%)	-1,5	-1,4	-0,9	-0,2	-
Taxa de crescimento natural anual (%)	-1,3	-0,9	-0,7	-0,2	-
Índice de Envelhecimento	326,5	235,0	199,2	155,4	-
Índice de Potencialidade	67,5	70,0	69,2	70,6	-

Fonte: INE, 2018.

Analisando a Tabela 3, observamos que o índice de envelhecimento, no concelho, é muito significativo pois apresentava um índice de envelhecimento de 326,5 em 2017 (INE, 2018).

De acordo com a literatura consultada, sabe-se que o envelhecimento populacional acarreta consequências como a diminuição da autonomia e o aumento da dependência de outrem e dos cuidados de saúde de que necessitam.



**Gráfico 13:** Demografia e Saúde no Município, 2017.

Fonte: INE, 2018.

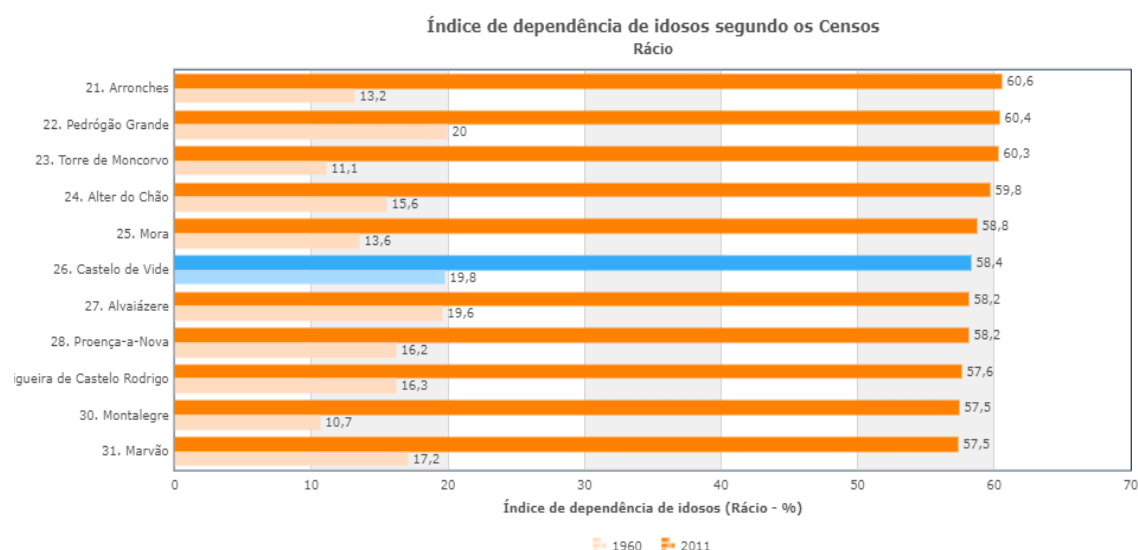
Através da análise do Gráfico 13, constata-se que a taxa bruta de natalidade no município em 2017, correspondeu a 7,6%. Por outro lado, a taxa bruta de mortalidade correspondeu a 20,4%. Também a taxa bruta de nupcialidade correspondeu a 2,3% e a taxa de mortalidade infantil a 9,6%.

**Tabela 4:** Nados Vivos e Óbitos por Município, 2014-2017.

	Ano	Município	NUTS III	NUTS II	Portugal
<b>Nados Vivos</b>	2017	23	736	5 225	86 154
	2016	22	731	5 466	87 126
	2015	22	779	5 512	85 500
	2014	20	715	5 166	82 367
<b>Óbitos</b>	2017	62	1 750	10 118	109 758
	2016	73	1 905	10 642	110 573
	2015	69	1 905	10 475	108 539
	2014	59	1 840	9 955	104 843

Fonte: INE, 2018.

De acordo com a Tabela 4, observa-se que o número de mortes é superior ao número de nascimentos no município, o que demonstra que a população jovem é inferior à população idosa, não contribuindo assim para a renovação significativa das gerações no município.



**Gráfico 14:** Índice de dependência de idosos no concelho, em 2011.

. Fonte: INE (PORDATA), 2018.

De acordo com Gráfico 14, o índice de dependência de idosos no concelho, em 1960 era de 19,8% e em 2011 de 58,4%, o que demonstra que o número de pessoas com 65 e mais anos, por cada 100 pessoas em idade ativa, está a aumentar no município.

Por outro lado, analisando a tabela seguinte, verificamos que o índice de longevidade, aumentou nos últimos anos no concelho, em 2001 era de 51,6% e em 2018 de 57,1%. Este aumento deve-se ao crescimento da esperança média de vida, devido à melhoria dos cuidados de saúde e do desenvolvimento tecnológico.

**Tabela 5:** Índice de Longevidade, no concelho.

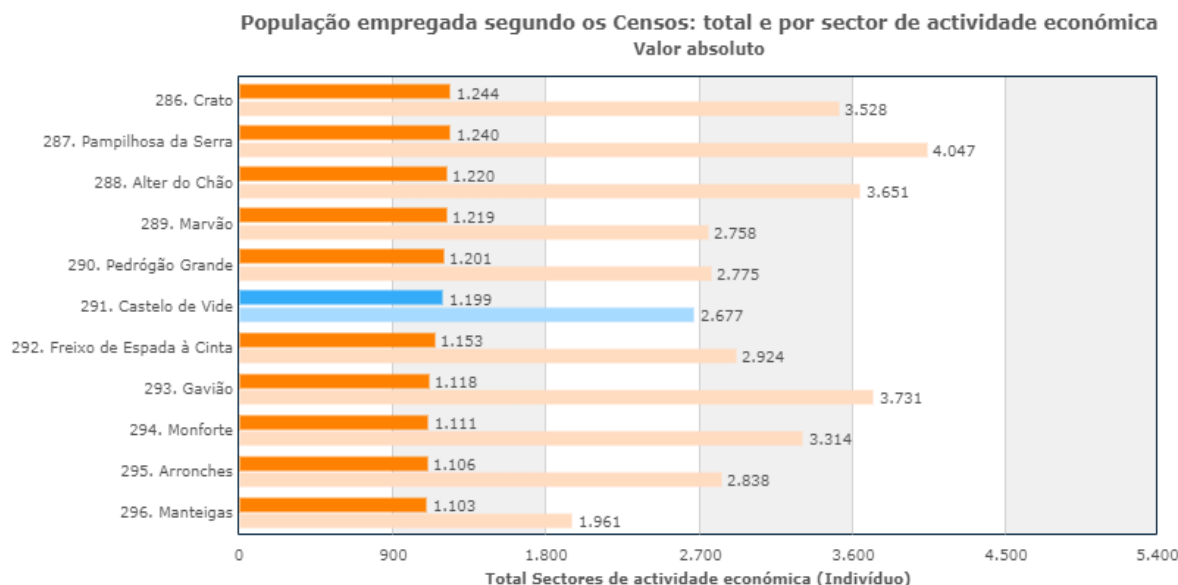
Anos	2001	2018
Percentagem (%)	51,6%	57,1%

Fonte: INE, PORDATA (2019).

Relativamente à economia local do concelho que assenta essencialmente no setor terciário (serviços e comércio). Também a influência do turismo tem forte ligação com economia local, dado que o seu património histórico e arquitetónico conduz a atrativas visitas de lazer.



De acordo com o Gráfico 15, verificamos que a atividade económica no concelho tem evoluído nos últimos anos.



**Gráfico 15:**População empregada no concelho segundo os Censos, 2011.

Fonte: INE (PORDATA), 2018.

Relativamente à população inativa, considera-se inativo quem não está empregado, nem desempregado, como é o caso da população estudantil, doméstica e reformada (PORDATA, 2018). De acordo com a tabela seguinte, verificamos que o concelho apresenta uma fatia considerável da população inativa, nomeadamente a população reformada, trazendo consequências para a economia do concelho.

**Tabela 6:**Categorização da população inativa segundo os Censos.

	Total	Estudantes	Domésticos	Reformados	Incapacitados	Outros inativos
Anos	2011	2011	2011	2011	2011	2011
Total de Indivíduos Inativos	1.731	199	112	1.280	17	123

Fonte: PORDATA, 2018.

Relativamente à atividade económica, esta é dividida em três grandes setores: o setor primário que engloba a agricultura, a floresta, a caça, pesca e a extração mineral; o setor secundário, que inclui a indústria transformadora e construção e o setor terciário, que inclui serviços como comércio, transportes, administração pública, educação ou saúde. A Tabela 7 demonstra que o setor terciário ocupa o maior setor de atividade do concelho.

**Tabela 7:** Setores de Atividade Económica, no concelho.

Setor da Atividade Económica				
	TOTAL	PRIMÁRIO	SECUNDÁRIO	TERCIÁRIO
Anos	2011	2011	2011	2011
Total de Indivíduos empregados	1.199	68	211	920

Fonte: PORDATA, 2018.

De acordo com o Plano de Desenvolvimento Social do Concelho 2019-2021, podemos identificar as principais problemáticas presentes no concelho. Este plano assenta essencialmente em seis eixos estratégicos:

- Educação e Aprendizagem;
- Emprego e Formação profissional;
- Equipamentos e serviços;
- Parcerias, cidadania, associações e desenvolvimento;
- Espaço rural;
- Envelhecimento da população.

Relativamente à problemática da educação e aprendizagem, destacam-se as principais preocupações/problemas do concelho:

- Oferta formativa muitas vezes inadequada aos novos desafios da empregabilidade;
- Baixas habilitações académicas da comunidade;
- Necessidade de maior qualificação da população adulta;
- Debilidade de oferta educativa regular diurna no Concelho;
- Valorização insuficiente da escola enquanto fator de promoção pessoal e social;
- Necessidade de uma escola profissional no Concelho.

No que diz respeito ao emprego e formação profissional, o plano destaca:

- Níveis baixos de qualificação;

- Falta de recursos para a criação de postos de trabalho;
- Empresas em número insuficiente.

Para o eixo estratégico das parcerias, cidadania, associações e desenvolvimento, constata-se que o concelho apresenta um elevado número de associações no concelho, que ajudam a promover a integração social e a promoção cultural, artística e desportiva, assim como a área social. No entanto, este concelho apresenta ainda uma descentralização de funções e um mercado de trabalho misto. Assim, é necessário atuar no sentido de promover uma cultura de trabalho em parceria nas instituições.

O espaço rural também constitui um eixo estratégico pelo potencial nele contido. Atualmente, temos consciência que é essencial inverter a tendência e voltar a apostar no setor primário. Ou seja, o concelho possui riqueza natural para a produção agrícola.

Por fim, o eixo estratégico do envelhecimento da população do concelho, como já foi referido, segundo os Censos de 2011, apresenta um índice de envelhecimento de 328,2 e de 28,4 de índice de dependência do idoso. Apesar de ser positivo para as pessoas, dado que vivem mais tempo, também acarreta consequências preocupantes para o concelho. Segundo o Plano Social do concelho para o período 2019-2021 destacam-se as principais problemáticas:

- Carência de formação/informação da pessoa idosa;
- Insuficiente rede de serviços necessários, qualificados e preparados para pessoas em situação de dependência e para as novas exigências dos futuros idosos;
- Ausência de processos capazes de a auto capacitar e promover o *empowerment* ao longo da vida;
- Insuficiente resposta/cobertura e apoio a pessoas idosas e famílias prestadoras de cuidados (Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de 2019-2021).

Em suma, o Plano de Desenvolvimento Social do Concelho (2019-2021), reúne um conjunto de problemáticas existentes no concelho e respetivas intervenções a realizar de forma a alcançar os objetivos traçados para este plano.

### 3.2. RECURSOS SOCIAIS E DE SAÚDE

Em relação ao equipamentos e serviços, o concelho apresenta atualmente uma boa resposta dos serviços sociais, pois tem investido no alargamento dos serviços implementados e apresenta

um aumento da capacidade de resposta dos serviços já existentes. No entanto, devido à estrutura demográfica do concelho e à tendência para o aumento da população idosa, exige também um aumento da capacidade de resposta às necessidades da população.

Existem no concelho as seguintes instituições de apoio à população idosa:

Câmara Municipal;

Centro de Saúde;

Equipa de Intervenção precoce;

Santa Casa da Misericórdia;

Casa do Povo;

Centro de Reabilitação e Formação Profissional;

Lar da 3.<sup>a</sup> idade;

Grupo de Folclore e Cultura;

Guarda Nacional Republicana;

Associação dos Bombeiros Mistos;

Cáritas Interparoquial;

Centro distrital de Segurança Social do distrito;

Centro Paroquial de assistência;

Juntas de Freguesia;

Os recursos de saúde incluem o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região e encontram-se integrados na Unidade Local de Saúde do concelho. Sendo o ACES composto pelas unidades:

- Unidades de Saúde familiares (USF)
- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
- Unidade de Saúde Pública (USP);
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

(Plano de Desenvolvimento Social do Concelho 2019-2021).



### 3.3. CARATERIZAÇÃO DA UCC

O Centro de Saúde situa-se na sede de concelho, sendo um dos Centros de Saúde pertencentes ao ACES da região sendo o âmbito de intervenção de cuidados desta Unidade, na sua grande maioria, respeitante aos utentes da área geográfica do Concelho (PDS do Concelho 2016-2018).

Relativamente à Unidade de Cuidados de Saúde Pública (UCSP) esta unidade enquadra-se na medicina geral e familiar, na distribuição por áreas e programas de saúde ao longo do ciclo de vida de saúde na criança e jovem, adulto e idoso, nomeadamente:

- Programa hipertensão arterial;
- Programa de controlo da diabetes;
- Programa dos hipocoagulados;
- Saúde infantojuvenil;
- Saúde do adulto;
- Saúde do idoso;
- Planeamento familiar;
- Saúde Materna.

Esta unidade ao nível da intervenção em outros programas/serviços no Centro de Saúde e de âmbito comunitário integra:

- Vacinação;
- Ambulatório;
- Consulta de reforço;
- Visitação domiciliária.

No âmbito da UCC integra diversos serviços/programas ao nível comunitário:

- Saúde escolar;
- Rendimento social de inserção;
- Intervenção precoce integrada;

- Comissão de proteção de crianças e jovens em risco;
- Rede social;
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Educação para a saúde.

Existem também outros programas, em parceria, de cuidados prestados:

- Colheita de espécimes para análise;
- Apoio à consulta de reforço/ ambulatório;
- Visitação domiciliar da UCSP;

Relativamente ao espaço físico da Unidade de Saúde, este é composto por rés-do-chão e 1.º andar, com diversos gabinetes médicos, de enfermagem, Saúde Pública, administrativos, sala de emergência/sala de observação, sala de tratamentos, sala de vacinação, outros gabinetes técnicos, sala de videoconferência e sala de reuniões (PDS do Concelho 2016-2018).

De acordo com o PDS do Concelho 2016- 2018, a UCSP do município desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades do ACES em que se integra, assegurando respostas:

- Integradas;
- Articuladas;
- Diferenciadas;
- De proximidade;
- Sociais.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico social de âmbito domiciliário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física, funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo e na integração em redes de apoio à família. Existem atualmente mais utentes inscritos na área de influência do Concelho do que residentes neste, nomeadamente os utentes de outros concelhos (PDS do Concelho 2016-2018).

#### **4. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE**

Este capítulo aborda as questões metodológicas do nosso trabalho e descreve as várias etapas. O Diagnóstico de Situação é um estudo de caráter qualitativo, descritivo e que recorre a métodos de colheita e análise de dados também de caráter qualitativo. O projeto que desenvolvemos e cujo tema, título e objetivos se inserem numa das linhas de pesquisa preconizadas para o Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o envelhecimento, abordando a temática do isolamento da população idosa no meio rural.

São também abordadas as considerações éticas subjacentes à realização do projeto, assim como as diversas etapas do Diagnóstico em Saúde, através da caracterização física, estrutural, social e de saúde do concelho. Estas etapas permitem observar a problemática do envelhecimento no concelho e a importância da necessidade de planejar intervenções direcionadas para este problema.

O primeiro passo do planeamento é a elaboração do Diagnóstico de Saúde. Este deve traduzir as necessidades da população (Imperatori e Giraldes, 1993).

Para Imperatori e Giraldes (1993), “Tanto na clínica como em Saúde Pública, e como em qualquer processo de intervenção, só a partir do Diagnóstico de Situação é que será possível começar a atuação. Esta afirmação é válida independentemente da dimensão do sujeito de programação: país, região, distrito, concelho, aldeia, família ou indivíduo” (p.13).

O Diagnóstico de Situação está ligado à noção dinâmica, pois este nunca acaba, é permanente, resultando das modificações constantes da realidade (Idem, 1993).

Funciona como justificação das atividades e como padrão de comparação na avaliação. É a partir daqui que avaliamos o avanço atingido com as nossas intervenções (Idem, 1993).

## 4.1. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

### 4.1.1. Metodologia do Planeamento em Saúde

A metodologia utilizada foi a do Planeamento em Saúde, baseado em Imperatori e Giral-  
des e Tavares.

O Planeamento em Saúde divide-se em seis etapas, sendo elas: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional, a intervenção e a avaliação (Tavares, (1990); Imperatori e Giraldes, (1993)).

O Diagnóstico de Saúde consiste na avaliação dos determinantes de saúde que influenciam a saúde e na identificação dos problemas e necessidades de saúde da população investigada (Tavares, 1990).

Relativamente à definição de prioridades, são organizados os problemas de saúde através de diversos métodos de acordo com a sua prioridade. Para definir a prioridade dos problemas são utilizados três parâmetros, sendo eles: a magnitude (importância e dimensão); a transcendência (importância de acordo com diferentes grupos etários) e a vulnerabilidade (probabilidade de prevenção e relação entre os problemas e os fatores de risco). A fixação dos objetivos relaciona-se com a elaboração do resultado esperado relativamente a prioridades dos problemas identificados. Sendo que os objetivos devem ser pertinentes e mensuráveis. (Imperatori e Giraldes, 1993), Tavares, (1990)).

A seleção de estratégias permite reunir um conjunto de técnicas para atingir um determinado objetivo. A preparação operacional consiste em planear e organizar as intervenções a realizar, permitindo deduzir os obstáculos inerentes e os recursos para a sua implementação. A avaliação constitui a última etapa do Planeamento em Saúde e deve ser usada no início do processo, no sentido de avaliar os objetivos e a preparação operacional (Imperatori e Giraldes, 1993).

Assim, o Planeamento em Saúde contribui para a prática de enfermagem, através dos seus contributos quer para o desenvolvimento de projetos de intervenção que respondam às necessidades das pessoas quer para a investigação em enfermagem.



#### **4.1.2. Questões éticas**

Durante o desenvolvimento do projeto, existiu a preocupação de respeitar os princípios éticos inerentes à proteção dos dados da população envolvida.

Para a sua realização, foi efetuada uma entrevista para recolha dos dados. Todas as pessoas idosas que participaram, aceitaram participar voluntariamente e deram o seu Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Apêndice I). De forma a garantir a confidencialidade dos participantes e assegurar a proteção dos dados, foi atribuído a cada entrevistado a designação de entrevistado[I] seguido por número correspondente [I1; I2; ...], não se nomeando informações pessoais dos participantes no registo dos dados das entrevistas.

O projeto foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA (Apêndice II e IIa) com parecer positivo.

#### **4.1.3. População alvo e amostra**

A população alvo, segundo Fortin (1999), abrange o grupo de pessoas que apresentam os critérios de seleção. Esta autora, refere que na maioria das situações é necessário recorrer a uma amostra, dado que, a população alvo é quase impossível abrangê-la na totalidade. Ou seja, a amostra para esta autora representa uma replicação em miniatura da população alvo.

A amostra de idosos selecionada para as entrevistas e aplicação das escalas foi uma amostra de conveniência, tendo sido selecionada segundo os seguintes critérios de inclusão:

- Aceitar participar no projeto de intervenção comunitária;
- Viver em meio rural numa das três freguesias de Castelo de Vide (Santa Maria da Devesa; São João Batista e São Tiago Maior);
- Viver isolado;
- Ter 65 ou mais anos de idade;
- Residir na área geográfica abrangida pela equipa da RNCCI da UCC.

Inicialmente foram identificados 40 idosos isolados em meio rural no concelho, sendo que após serem aplicados os critérios de seleção, ficámos com uma amostra de 14 idosos que reuniam os critérios de inclusão necessários, sendo por isso alvo de entrevista. Ou seja, foram excluídos 26 idosos, dado que 10 idosos não residiam na área geográfica abrangida pela UCC; 5 idosos não aceitaram participar no projeto e 11 idosos pertenciam a uma freguesia do concelho

onde tinham assistência e estavam a ser vigiados pela extensão de saúde do centro de saúde do concelho.

#### **4.1.4. Instrumentos de recolha de dados**

Para complementar a metodologia de Planeamento em Saúde foram utilizadas no diagnóstico de situação como instrumentos de colheita de dados, uma entrevista semiestruturada e duas escalas que permitiram uma avaliação diagnóstica das necessidades dos idosos selecionados. Assim, como já referido para realizar a colheita de dados, recorreu-se à Escala de Barthel para identificar a dependência nas AVD'S e a Escala de Morse para identificar o risco de quedas (Anexo I e II).

Foi realizada uma entrevista semiestruturada com base num guião. Os dados recolhidos da entrevista foram examinados através da análise de conteúdo segundo Laurence Bardin.

A análise de conteúdo de Laurence Bardin representa uma técnica de análise de dados em pesquisa qualitativa (Câmara, 2013). Na análise de conteúdo, “o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. O esforço do analista é, então, duplo: entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira (Câmara, 2013, p. 182).

A colheita de dados constitui uma etapa essencial no desenvolvimento da investigação. Segundo Miranda (2015), um dos instrumentos mais utilizados na recolha de dados em estudos qualitativos é a entrevista. As entrevistas permitem também realizar esclarecimentos adicionais, caso existam dúvidas.

De acordo com Miranda (2015), a entrevista é um instrumento precioso para a obtenção de dados, através da qual o entrevistador realiza perguntas abertas, permitindo assim ao inquirido expressar o que quer dizer.

Antes de realizar as entrevistas aos idosos foi efetuado um pré-teste ao guião da entrevista (Apêndice III), a uma pessoa idosa a quem são prestados cuidados de enfermagem no domicílio, para verificar a adequação e pertinência das questões levantadas. Constatou-se a adequação e pertinência no pré-teste, sendo que não surgiram dúvidas no inquirido.

Outro instrumento de recolha de dados muito usado em estudos sobre envelhecimento é a Escala de Morse, uma vez que o envelhecimento é progressivo, devido a modificações estruturais e funcionais, acarretando uma probabilidade maior de os idosos sofrerem quedas. Verifica-se também que esta problemática constitui um dos principais motivos de institucionalizações e aumento do grau de dependência nos idosos (DGS, 2017). Em termos gerais, esta escala mede o nível risco de queda, com o objetivo de definir estratégias para a prevenção das mesmas. Para avaliação são utilizados 6 itens: antecedentes de queda; diagnóstico secundário; apoio para deambulação; medicação e/ou heparina intravenosa; marcha e estado mental (Anexo I).

Quanto à Escala de Barthel, esta é um dos instrumentos de avaliação das atividades da vida diária. Segundo a DGS (2017), este índice avalia a dependência funcional nos doentes com doença crónica, tentando avaliar se a pessoa é capaz de realizar atividades de forma independente. Esta escala é composta por 10 parâmetros: alimentação; transferências; arranjo pessoal; uso da casa de banho; banho; mobilidade; uso de escadas; vestir/despir; controlo vesical e controlo intestinal (Anexo II).

## 4.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Depois de recolhidas as informações dos idosos através da entrevista, procedeu-se à análise das respostas dos inquiridos. A análise destes dados é fundamental para perceber quais são as necessidades ou problemas destes idosos.

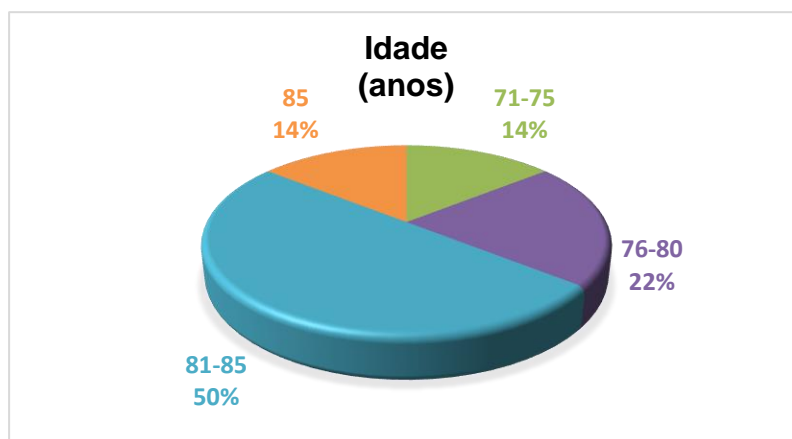
A análise do conteúdo obtido pelas entrevistas foi realizada através da análise de conteúdo segundo Laurence Bardin.

De acordo com Mozzato & Grzybovski (2011) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de interpretação da comunicação, tendo como finalidade facilitar a compreensão do que é dito, através da descrição das palavras e seus significados.

Os dados serão apresentados nos capítulos seguintes sob a forma de gráficos.

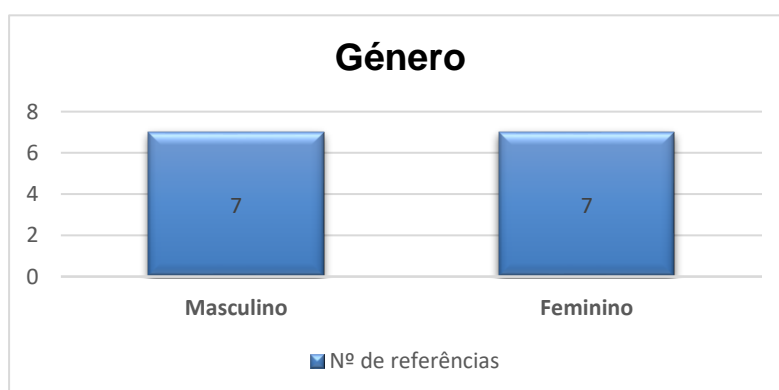
### 4.2.1. Caracterização Sociodemográfica

Analisando o gráfico seguinte, constata-se que as idades dos inquiridos variam entre os 71 e os 85 ou mais anos de idade. A maior percentagem dos inquiridos encontra-se entre os 81 a 85 anos. Em seguida, a faixa etária entre os 71 a 75 anos ocupa o 2.º lugar e por último, em menor proporção, entra-se a faixa etária com mais de 85 anos de idade.



**Gráfico 16:** Distribuição dos Inquiridos segundo a idade

Analisando o Gráfico 18, verificamos que nesta amostra de idosos temos o mesmo número de mulheres e homens neste estudo.



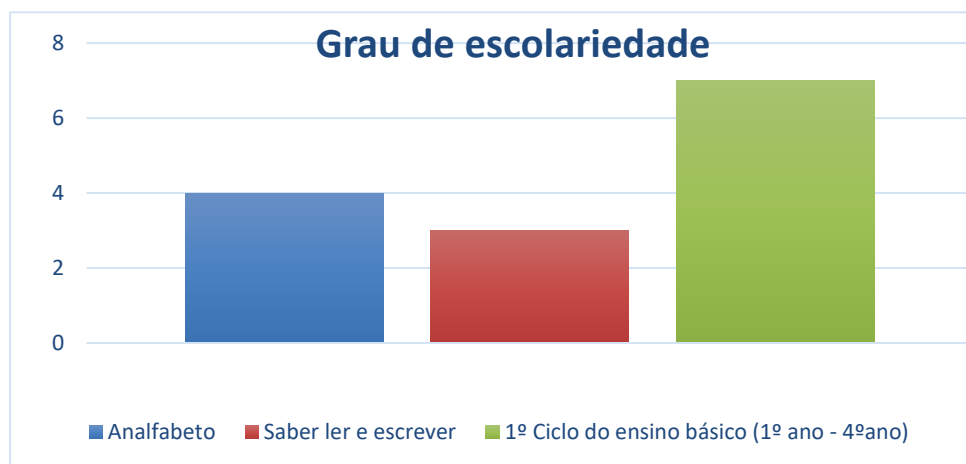
**Gráfico 17:** Distribuição dos inquiridos segundo o gênero



**Gráfico 18:** Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil

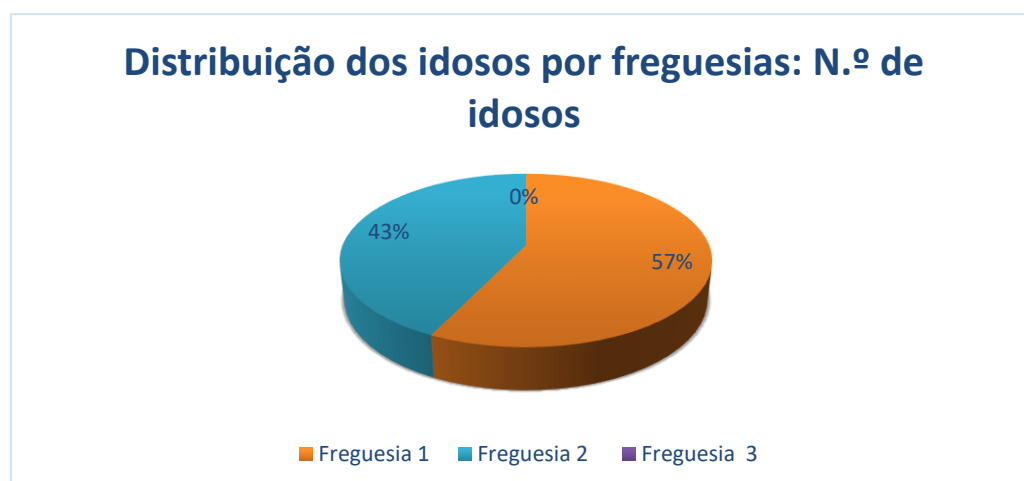
Nesta amostra de idosos verifica-se, de acordo com o Gráfico 19, que a maioria dos inquiridos (72%) são casados - 10 idosos; 21% são viúvos, o que corresponde a 3 idosos e 7% é divorciado - 1 idoso.





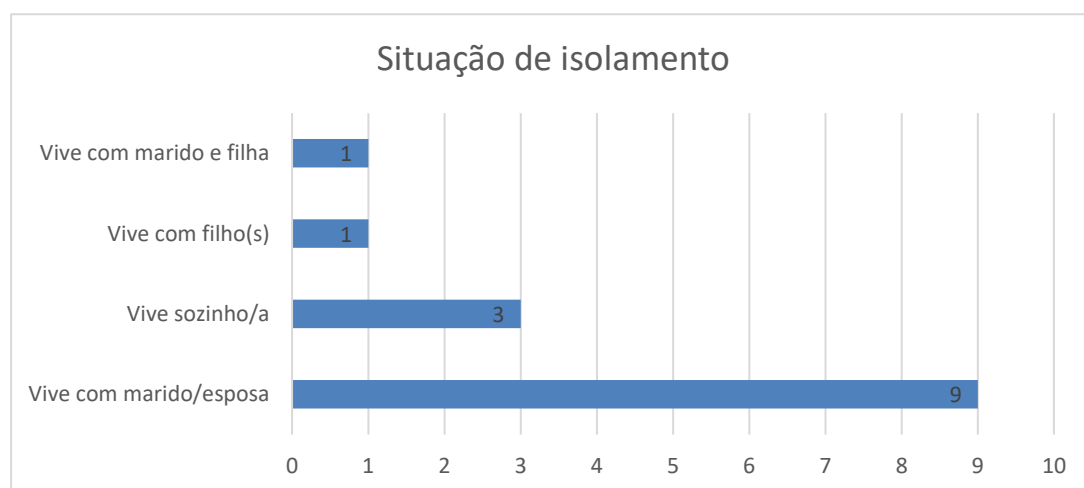
**Gráfico 19:** Distribuição dos inquiridos segundo o grau da escolaridade

Relativamente ao grau de escolaridade, constata-se no Gráfico 20 que a maior parte da amostra apresenta baixa literacia. Os idosos inquiridos na maioria frequentaram o 1.º Ciclo do Ensino Básico, até ao 2.º ano. Também existem idosos que não frequentaram o Ensino Básico, mas aprenderam a ler e escrever e alguns são analfabetos. Esta amostra é caracterizada por idosos que trabalharam grande parte das suas vidas no campo.



**Gráfico 20:** Distribuição dos inquiridos segundo as freguesias seleccionadas

Analisando o Gráfico 21, relativamente à distribuição destas pessoas idosas pelas freguesias seleccionadas, verificamos que a freguesia com maior número de idosos isolados em meio rural é a freguesia 1, seguida da freguesia 2. A freguesia 3 não apresenta nenhum idoso selecionado para esta amostra de idosos.

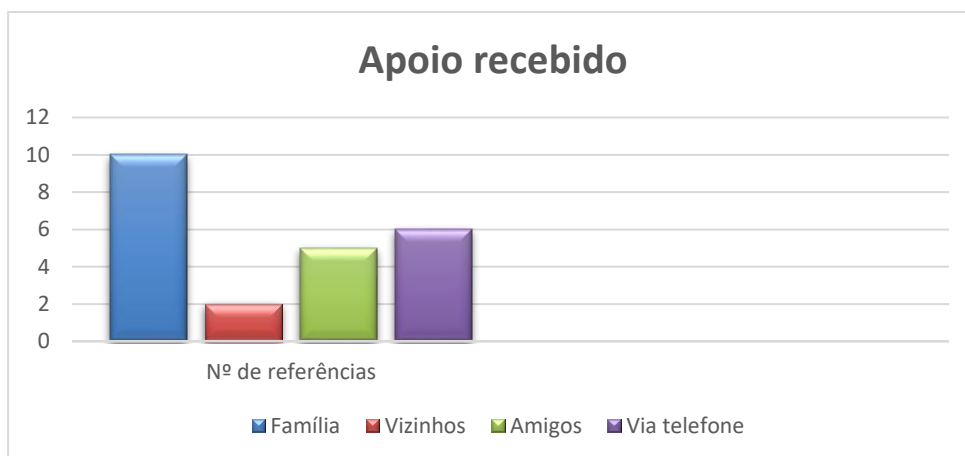


**Gráfico 21:** Distribuição dos inquiridos segundo a situação de isolamento

Através do Gráfico 22, relativamente à distribuição dos idosos segundo a sua situação de isolamento, observamos que a grande maioria (9 idosos) vivem com o seu marido ou esposa; temos três idosos a viver completamente sozinhos; um idoso a viver com o filho e uma idosa que reside com o marido e filha.

#### **4.2.2. Apoio Recebido**

De acordo com a interpretação do Gráfico 23, verifica-se na maioria dos inquiridos (10) recebem algum tipo de apoio de membros da família, em geral dos filhos. No entanto, este apoio é prestado pela família na sua maioria com longo espaço de tempo. Relativamente aos amigos, cinco inquiridos referiram ter apoio por parte de amigos que os visitam às vezes. Constatou-se que a minoria (dois) recebem apoio de vizinhos, dado que vivem em meio rural isolados, na maioria dos casos vivem mesmo sozinhos, sem ninguém ao seu redor. Referem também, mas em pequena percentagem, o apoio prestado por via telefónica por parte de amigos ou família (Apêndice IV).



**Gráfico 22:** Distribuição dos inquiridos de acordo com o apoio recebido

#### 4.2.3. Principais problemas ou dificuldades sentidas

Analisando o Gráfico 24, é possível constatar que as dificuldades sentidas são em geral as mesmas para a maioria dos idosos. A maior percentagem de inquiridos (16%) corresponde à tristeza. Em seguida, verifica-se que 15% dos inquiridos referem ter pouco apoio financeiro, dificuldades nas AIVD e inatividade. Constata-se também que 13% dos idosos expressam sentir solidão e 11% ansiedade (Apêndice IV).



**Gráfico 23:** Distribuição das dificuldades sentidas pelos inquiridos

#### 4.2.4. Problemas de Saúde

De acordo com a interpretação do Gráfico 25, observa-se que as pessoas idosas referem na sua maioria dores generalizadas e inatividade, ou seja, 14 idosos. Dez idosos referem problemas de osteoartrose. Relativamente à ansiedade e aos problemas cardíacos, estes problemas são apresentados por oito idosos. A hipertensão arterial (HTA), também constitui um problema de saúde presentes neste grupo de pessoas (seis). Por fim, constata-se que duas pessoas idosas estão com depressão ou em processo de luto ou luto não resolvido (Apêndice IV).

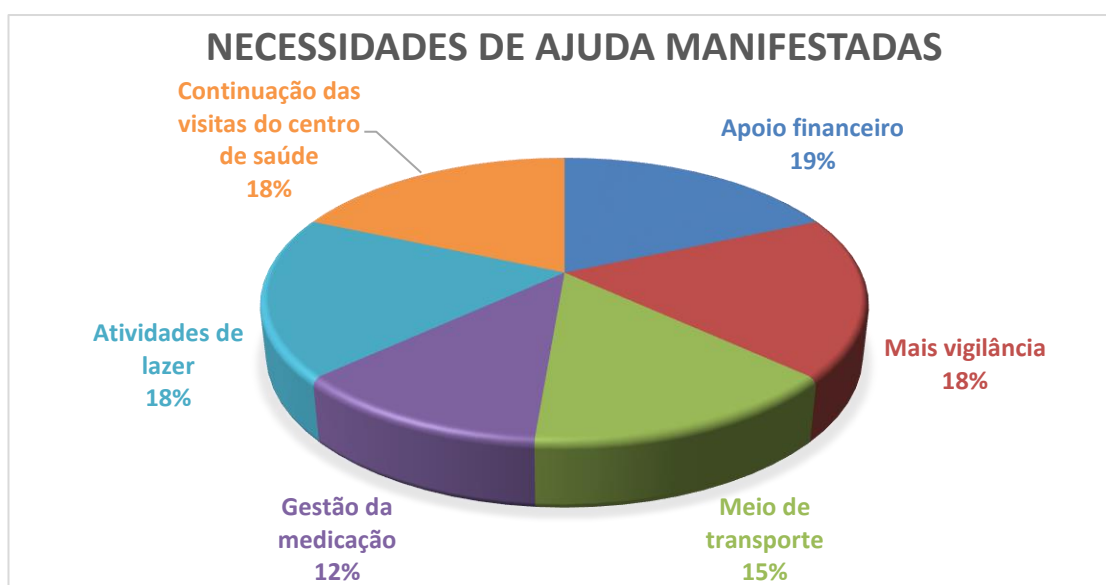


**Gráfico 24:**Problemas de saúde dos inquiridos



#### 4.2.5. Necessidades de ajuda manifestadas

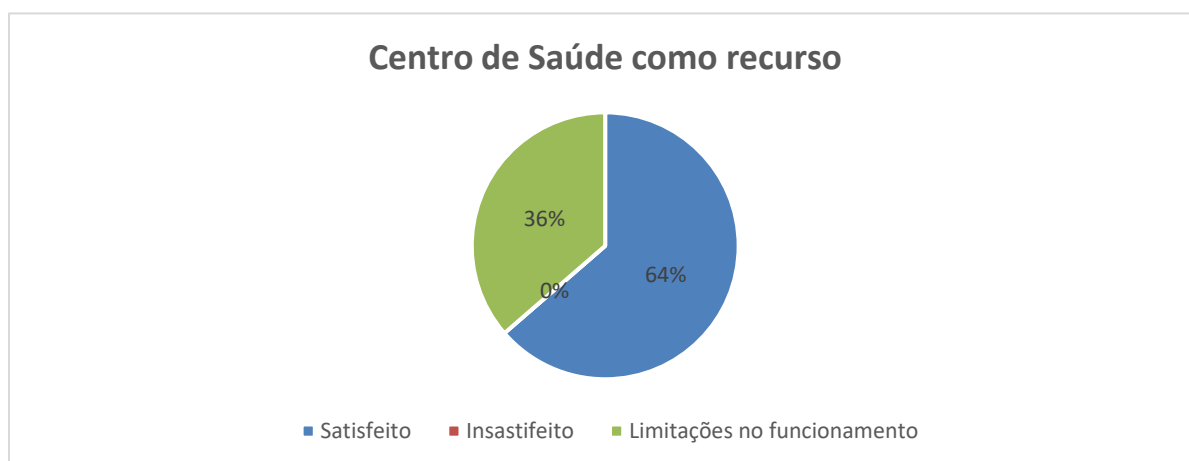
Analisando o gráfico 26, observamos que a maioria dos idosos entrevistados (19%), referem ter poucos meios financeiros, sendo que gostariam de receber um complemento de apoio às suas necessidades. Dos idosos da amostra, 18% revela ter desejo de manter as visitas prestadas pelo Centro de Saúde e terem atividades de lazer que os mantenham ocupados e motivados. Cerca de 18% dos idosos manifestaram a necessidade de sentir mais vigilância, através das forças de segurança. Relativamente às deslocações, cerca de 15% revelam ter dificuldade nas deslocações ao Centro de Saúde ou Hospital. E por fim, 12% referiram ter necessidade de apoio na gestão da sua medicação (Apêndice IV).



**Gráfico 25:** Distribuição dos inquiridos sobre as necessidades de ajuda manifestadas

#### 4.2.6. O Centro de Saúde como recurso

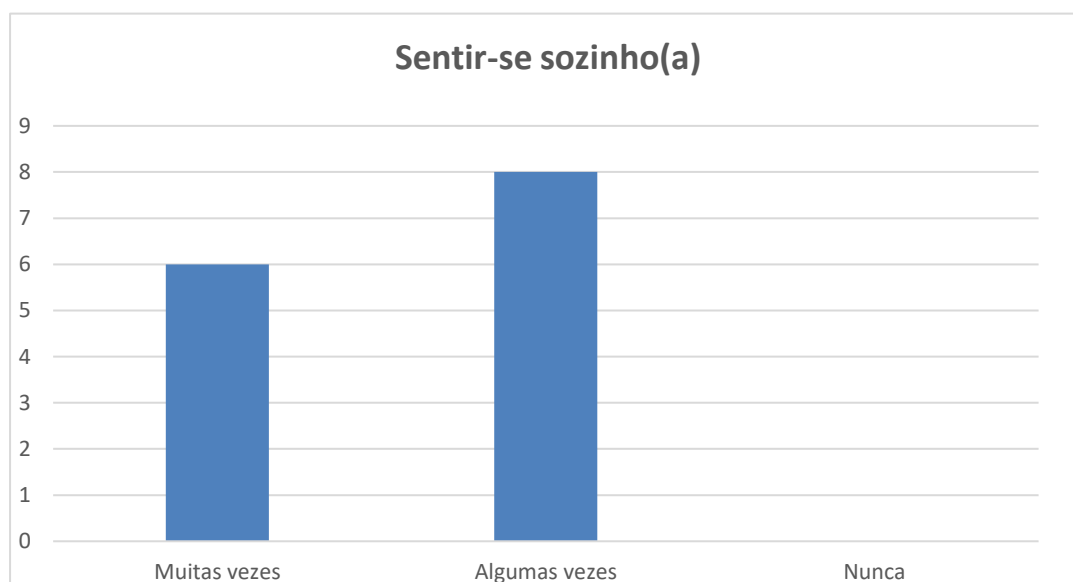
Analisando o gráfico 27, conseguimos entender que a maioria dos idosos (64%) estão satisfeitos com o seu Centro de Saúde. Nenhum idoso referiu estar insatisfeito com o Centro de Saúde, no entanto, 36% dos idosos manifestaram algumas limitações ao nível do funcionamento do mesmo. Estas limitações relacionam-se com o horário de funcionamento e com as consultas de reforço (Apêndice IV).



**Gráfico 26:** Distribuição dos inquiridos sobre a satisfação com o Centro de Saúde

#### 4.2.7. Sentimento de se sentir sozinho(a)

Relativamente ao facto de os idosos se sentirem sozinhos, o Gráfico 28 mostra que o maior número de idosos (8 idosos, numa amostra de 14) referem sentir-se sozinhos algumas vezes e 6 idosos mencionam sentirem-se sozinhos muitas vezes. O gráfico demonstra também que nenhum idoso demonstrou nunca se sentir sozinho, ou seja, têm momentos que se sentem sozinhos mesmo estando acompanhados do marido/ esposa ou filhos.



**Gráfico 27:** Distribuição da categoria “Sentir-se sozinho”

### 4.3. IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E NECESSIDADES

O diagnóstico feito permite-nos identificar o sentimento de isolamento e solidão como um dos principais problemas, assim como dificuldades que a literatura associa à problemática do isolamento dos idosos como a solidão, a ansiedade, a tristeza, a depressão, a inatividade, as dificuldades nas AVD’S e as dificuldades financeiras. Percebemos também que existem áreas que carecem de ajuda ao nível da necessidade de maior vigilância da saúde e de segurança; a nível da gestão da terapêutica; ao nível financeiro; ao nível dos meios de transporte e na necessidade de atividades de lazer.

## 5. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E OBJETIVOS

### 5.1. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Após a obtenção do Diagnóstico de Saúde, surge a determinação de prioridades. A determinação de prioridades é a “segunda fase do processo de planeamento em saúde” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 29). Um problema de saúde é toda a situação de doença ou risco de doença mensurável nas pessoas.

Para hierarquizar os problemas de saúde identificados recorreu-se ao método de Matriz de Priorização, ou seja, procede-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. A fase de priorização foi estruturada de acordo com a aplicação de critérios clássicos de cariz epidemiológico-magnitude, transcendência e vulnerabilidade (Imperatori e Giraldes, 1992).

**Tabela 8:** Valoração dos critérios de definição de prioridades.

		Valor da Escala		
		1	2	3
Critério	Magnitude	Problema não preocupante pelos indicadores de morbilidade e mortalidade	Importância média	Dimensão importante nos indicadores
	Transcendência	Social	Problema não afeta significativamente a população	Afeta parcialmente a população ou grupos importantes
		Económica	Problema sem repercussão económica	Afeta toda a população ou grupos importantes
	Vulnerabilidade	Problema sem repercussão económica	Problema de efeito médio	Grande repercussão económica por incapacidade ou perdas de produção
		Grandes dificuldades práticas ou técnicas na redução do problema	Problema redutível, mas as medidas ou tecnologia a utilizar são de difícil aplicação	Problema que responde às medidas e tecnologias que se apliquem

Fonte: DGS, 2017.



**Tabela 9:**Matriz de priorização do problema Isolamento social, Fonte: DGS, 2017

	Critérios de Priorização					
Problemas de Saúde Identificados	Magnitude	Transcendência		Vulnerabilidade	Total	Prioridade
		Social	Económica			
Dificuldades Financeiras	1	1	2	1	5	6º
Ajuda nas atividades de lazer	2	1	1	2	6	5º
Inatividade	2	3	2	2	9	2º
Solidão, Tristeza e Ansiedade	3	3	2	2	10	1º
Vigilância de Saúde, incluindo gestão da medicação	3	2	1	2	8	3º
Dificuldade nas AVD'S	2	3	1	1	7	4º

Assim, após a aplicação do método de definição de prioridades selecionado, obteve-se a seguinte priorização de problemas:

- 1.º - Solidão, Tristeza e Ansiedade;
- 2.º - Inatividade;
- 3.º - Vigilância da saúde, incluindo a gestão da terapêutica;
- 4.º - Dificuldades nas AVD'S;
- 5.º - Ajuda nas atividades de lazer;
- 6.º - Dificuldades financeiras

Deste modo, ficam já definidas três grandes áreas de intervenção: combate à solidão; promoção e vigilância da saúde e disponibilização de recursos de saúde nas necessidades físicas e funcionais.

## 5.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A fixação de objetivos é a terceira fase do Planeamento em Saúde, começando assim, a fase tática do mesmo (Tavares, 1990).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), depois de elaborado o Diagnóstico de Saúde e de estabelecidas as prioridades, procede-se à elaboração dos objetivos a alcançar relativamente a cada um desses problemas num período de tempo. Esta fase é essencial na medida em que apenas mediante uma correta elaboração de objetivos se procederá à avaliação dos resultados obtidos com a realização do plano em causa.

Segundo Tavares (1990), os objetivos devem ser elaborados de acordo com cinco elementos:

- Natureza da situação desejada;
- Critérios de sucesso;
- População - alvo;
- Local onde deve ser implementado o projeto;
- Prazo de tempo para ser realizado.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990), na definição dos objetivos deve ter-se em conta as quatro etapas: seleção de indicadores; projeção da tendência; projeto e previsão dos problemas prioritários, fixação dos objetivos operacionais ou metas.

Relativamente aos objetivos gerais, devem estar de acordo com o diagnóstico da situação anteriormente descrito. Assim, uma vez estabelecidas as prioridades, os objetivos devem estar de acordo com a situação que originou o Planeamento em Saúde

Com base no Diagnóstico de Saúde planeamos desenvolver um projeto de intervenção comunitária na área da solidão e isolamento dos idosos, tendo como **objetivo geral**:

- Promover a capacitação de pessoas idosas que vivem sozinhas em meio rural, em três freguesias do concelho selecionado no âmbito do envelhecimento ativo.

E como **objetivos específicos**:

- Identificar as principais necessidades das pessoas idosas que vivem isoladas, nas três freguesias do concelho;

- Incentivar a participação das pessoas idosas nas atividades de Promoção da Saúde realizadas;
- Interceder nas necessidades identificadas e nas questões sociais, com vista a alcançar a satisfação dessas necessidades.

**Tabela 10:** Definição das metas ou objetivos operacionais

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicadores de Execução</b>	<b>Atividades</b>	<b>Metas/Objetivos Operacionais</b>
<b>Identificar as principais necessidades das pessoas idosas que vivem isoladas, nas três freguesias do concelho;</b>	(Número de pessoas idosas que aderiram ao projeto /Número total da população-alvo) x 100%	Realização de entrevista, aplicação de instrumentos de recolha de dados da população-alvo, análise de conteúdo das entrevistas, fixação de objetivos, seleção de estratégias.	Alcançar a participação de 75% dos idosos na adesão na participação no projeto.
<b>Incentivar a participação das pessoas idosas nas atividades de Promoção da Saúde realizadas;</b>	(Número de idosos na sessão/Número total da população-alvo) x 100%	Realizar sessões e atividades de educação para a saúde sobre a Promoção da Saúde.	Alcançar a participação de 75% dos idosos na adesão às sessões e atividades de educação para a saúde.
<b>Interceder nas necessidades identificadas e nas questões sociais, com vista a alcançar a satisfação dessas necessidades;</b>	(N.º de pessoas idosas que aderiram aos convívios comunitários / N.º total da população alvo do projeto) x 100%	Realizar dois convívios comunitários	Alcançar a participação de 75% dos idosos nos convívios comunitários inseridos na população-alvo.

Segundo Tavares (1992), os objetivos específicos contribuem para que os objetivos gerais sejam concretizados, detalhando-os nas suas componentes, o que facilita a sua concretização.

Assim, os objetivos específicos são mais claros e precisos, de forma a que se compreenda o que se pretende alcançar.



## 6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias corresponde à 4.<sup>a</sup> etapa do processo do Planeamento em Saúde e permite planejar e coordenar as atividades a executar e fazer uma estimativa dos custos necessários para que os objetivos traçados sejam atingidos. Da pesquisa realizada através da literatura, verifica-se que a problemática do envelhecimento e do isolamento social, focam as prioridades na criação de laços sociais que ajudem a dar resposta às necessidades destes idosos isolados em meio rural.

De acordo com o Artigo 72.<sup>o</sup> da Constituição da República Portuguesa:

“As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou marginalização social. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.”

Assim, a seleção de estratégias deve incluir:

- Envolvimento dos parceiros comunitários no projeto;
- Adoção de metodologias ativas e participativas nas intervenções que integram o projeto;
- Avaliação do projeto com base nas taxas de adesão às atividades e ao grau de satisfação dos idosos com o projeto.

Foram planeados dois eixos estratégicos para responder às necessidades identificadas: as visitas domiciliárias multidisciplinares e a criação de convívios comunitários.

As visitas domiciliárias multidisciplinares realizadas foram compostas por um enfermeiro, um assistente social e uma técnica social que se dirigiram até à casa dos idosos isolados identificados, promovendo assim o despiste de situações de vulnerabilidade, vigilância da saúde e capacitação da sua capacidade física e mental.

A visita domiciliária permite estabelecer uma proximidade às pessoas, sendo possível compreender o estado de saúde-doença no seio familiar. Torna-se mais fácil interpretar o estilo de

vida destas pessoas, os comportamentos de risco, o apoio familiar existente e as relações familiares no suporte e recuperação da saúde dos seus familiares (Fernandes et al, 2019).

Outro eixo estratégico associado é realização de convívios comunitários. Os convívios comunitários têm como finalidades: promover a qualidade de vida, quer a nível físico, emocional e relações sociais; fomentar as interrelações nos convívios comunitários e proporcionar momentos de partilha, diálogo e participação.

## 7. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Esta etapa, na metodologia do planeamento, representa a preparação operacional das atividades e intervenções realizadas ao longo do projeto. Para dar resposta às estratégias delineadas foi realizado um Cronograma das Atividades realizadas, sendo apresentado no Apêndice V deste Relatório. Refere-se às intervenções e atividades realizadas para alcançar os objetivos definidos, de acordo com a Metodologia do Planeamento em Saúde.

A preparação operacional abrange também os recursos necessários, tanto recursos humanos, como recursos físicos, materiais ou financeiros de forma a responder aos objetivos traçados no projeto.

### 7.1. SELEÇÃO DE INTERVENÇÕES/ATIVIDADES

Este subcapítulo apresenta as intervenções/atividades planeadas para a implementação do projeto de intervenção comunitária de forma a responder aos objetivos traçados anteriormente.

Descrevem-se de seguida, as intervenções/atividades desenvolvidas de acordo com cada objetivo específico proposto (apresentadas no cronograma de atividades - Apêndice V).

#### **1. Identificar as principais necessidades das pessoas idosas que vivem isoladas, nas três freguesias do concelho:**

- Realizar pesquisa documental, de literatura e evidência científica, de indicadores de saúde e sociodemográficos relevantes para a temática do envelhecimento.
- Pedido de acesso aos dados sociodemográficos do concelho ao GAPI e GNR por email.
- Levantamento dos dados sociodemográficos sobre a população idosa do concelho através da informação disponibilizada pelo Centro de Saúde do concelho.
- Identificação do número de idosos que residem sozinhos e isolados nas três freguesias do concelho, escolhidas para o projeto.
- Envio do projeto à Comissão de Ética para a Saúde.
- Implementação das visitas domiciliárias, às pessoas idosas, com a presença de um enfermeiro e assistente social.
- Aplicação da entrevista semiestruturada; Escala de Barthel e de Morse.

**2. Incentivar a participação das pessoas idosas nas atividades de Promoção da Saúde realizadas:**

- Desenvolver campanhas de sensibilização sobre a Alimentação Saudável, Atividade Física, Relações Sociais.
- Proceder à vigilância da saúde, da vacinação, dos rastreios, dos exames médicos, da adesão ao plano terapêutico e a outros cuidados de saúde.
- Incentivar a autonomia da pessoa idosa na gestão do seu processo de cuidados.
- Proceder à sensibilização para a prática do envelhecimento ativo e na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

**3. Reforçar as relações interpessoais entre os idosos e a comunidade através da realização de convívios comunitários:**

- Promover a qualidade de vida, quer a nível físico, emocional e relações sociais.
- Fomentar as interrelações nos convívios comunitários.
- Proporcionar momentos de partilha, diálogo e participação.

**4. Interceder nas necessidades identificadas e nas questões sociais, com vista a alcançar a satisfação das mesmas:**

- Realizar semanalmente, a visita domiciliária multidisciplinar.
- Proceder à monitorização dos sinais vitais e das queixas algicas, físicas e psicológicas das pessoas idosas.
- Encaminhamento de casos de vulnerabilidade física e emocional para as entidades competentes da saúde e segurança social.
- Criação de dois convívios comunitários, no sentido de contribuir para a integração desta população idosa.

## 7.2. PREVISAO DE RECURSOS

Os **recursos humanos** envolvidos no projeto foram as pessoas idosas que vivem isoladas em meio rural nas três freguesias; Enfermeiros e Assistente Social do Centro de Saúde, GNR; motorista da UCC, Presidentes das Juntas de Freguesia.

Os **recursos físicos** necessários para a implementação do projeto foram: sala de reuniões da UCC, material de suporte as sessões, como o computador e transporte disponibilizado pela UCC e pela câmara do concelho para as deslocações.



Os **recursos materiais utilizados foram**: medidor de tensão arterial e de glicémia capilar disponibilizado pela UCC, bem como luvas, compressas e contentor de corto-perfurantes; material audiovisual disponível nas salas de reuniões (ex.: computadores, projetores, telas, etc.); material didático para preparação de convívios comunitários e atividades lúdicas (ex.: cartazes; impressões; papéis; canetas; colas; etc.).

Em relação aos **recursos financeiros** que o projeto implicou foram: transporte disponibilizado pelo Centro de Saúde para transportar a equipa multidisciplinar até à zona rural. Os restantes gastos, como o transporte dos idosos para se deslocarem à comunidade, foram suportados pelas Juntas de Freguesia que colaboram no projeto.

Todas as pessoas que participaram no projeto eram parte integrante do mesmo ou colaboradores e como tal não foram financeiramente remunerados.

## 8. AVALIAÇÃO

A avaliação do projeto constituiu a última etapa do mesmo.

O projeto de intervenção comunitária foi submetido a uma avaliação contínua, de modo a contribuir para a ponderação das decisões tomadas ao longo da sua realização.

Neste sentido, procedeu-se também à avaliação das estratégias selecionadas para atingir os objetivos, sendo que foram avaliados através do cálculo de indicadores.

O principal objetivo deste projeto foi **promover a capacitação de pessoas idosas que vivem sozinhas em meio rural, em três freguesias do concelho no âmbito do envelhecimento ativo**, atingindo uma população-alvo final de 14 pessoas idosas isoladas, de um total de 40 idosos inicialmente sinalizados.

De forma a garantir o cumprimento do objetivo geral, foram delineados os objetivos específicos, avaliados através da sua realização efetiva.

O primeiro objetivo específico, consistiu em **identificar as principais necessidades das pessoas idosas que vivem isoladas, nas três freguesias do concelho**. Este objetivo foi avaliado quer pela identificação do número de idosos que residem sozinhos nas três freguesias do concelho, bem como pela realização das visitas domiciliárias multidisciplinares, em que foi possível proceder à identificação dessas necessidades.

A visita domiciliária foi realizada semanalmente e em equipa multidisciplinar, sendo que a validação desta estratégia foi avaliada pela verificação do cumprimento da sua realização.

De seguida, expõe-se o indicador que apresenta a percentagem de visitas realizadas.

**Indicador: Realização de visitas domiciliárias às pessoas idosas isoladas.**

$$\frac{\text{N.º de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{N.º total de visitas domiciliárias programadas para a realização do projeto}} \times 100$$

$$\frac{14}{14} \times 100 = 100\%$$

A percentagem obtida de visitas domiciliárias realizadas à população-alvo foi de 100%, o que significa que foi cumprido o número de visitas planeadas. Assim considera-se este objetivo alcançado.

Torna-se também importante avaliar o indicador da adesão da população-alvo ao projeto, pois permite também verificar se o objetivo foi cumprido.

**Indicador: Adesão da população-alvo ao projeto.**

$$\frac{\text{N.º de pessoas idosas isoladas que aderiram ao projeto}}{\text{N.º total da população-alvo}} \times 100$$

$$\frac{14}{14} \times 100 = 100\%$$

A percentagem de adesão da população-alvo ao projeto foi de 100%. Podemos assim afirmar que o objetivo foi atingido.

Com a avaliação do segundo objetivo específico, **incentivar a participação das pessoas idosas nas atividades de Promoção da Saúde realizadas**, pretende-se contabilizar as atividades de Promoção da Saúde realizadas e a adesão das pessoas idosas isoladas a essas atividades.

**Indicador: Adesão da população-alvo às atividades de Promoção da Saúde.**

$$\frac{\text{N.º de pessoas idosas que participaram nas atividades de Promoção da Saúde}}{\text{N.º total da população-alvo}} \times 100$$

$$\frac{11}{14} \times 100 = 79\%$$

A percentagem de participação nas atividades de Promoção da Saúde foi de 79%, o que revela a dificuldade em se conseguir reintegrar as pessoas idosas na comunidade. No entanto, a meta estabelecida foi de 75%, assim, podemos considerar que o objetivo foi atingido.

A avaliação do terceiro objetivo, **interceder nas necessidades identificadas e nas questões sociais, com vista a alcançar a satisfação das mesmas**, foi realizada através da contabilização do número de pessoas que aderiram aos convívios comunitários.

Foram criados dois convívios comunitários, com a intenção de promover o desenvolvimento pessoal e social da população-alvo, sendo que foi estipulada como meta desta estratégia, alcançar-se cerca de 75% das pessoas idosas isoladas.

A validação deste objetivo foi verificada pela realização ou não dos dois convívios comunitários. O indicador de atividade para este objetivo, demonstra a percentagem de pessoas idosas que integraram os convívios comunitários:

**Indicador: Adesão aos convívios comunitários**

$$\frac{\text{N.º de pessoas idosas que aderiram aos convívios comunitários}}{\text{N.º total da população-alvo do projeto}} \times 100$$

$$\frac{12}{14} \times 100 = 86\%$$

A percentagem de adesão aos convívios comunitários foi de 86%, o que revela alguma dificuldade em se conseguir a adesão por parte de todos. No entanto, a meta estabelecida foi de 75%, assim esta meta foi alcançada.

Foi realizada uma reunião informal no final do projeto com a UCC sobre as parcerias do projeto e as limitações do mesmo. Chegou-se à conclusão de que deverá existir maior apoio à população-alvo. Por outro lado, as principais barreiras ao projeto prendem-se com a autoexclusão social e a desertificação do meio rural. A grande dispersão geográfica limita o acesso a todos os idosos isolados no meio rural.

Este projeto teve um impacto a curto prazo e direto na vida das pessoas, no sentido de contribuir para a melhoria da saúde desta população-alvo.



## **9. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO PROJETO**

Ao longo do Estágio I foi realizada pesquisa de literatura, de dados estatísticos e sociodemográficos do concelho para a obtenção do Diagnóstico de Saúde. Foi também realizada pesquisa durante o estágio final, de forma a complementar a informação recolhida e procurar as melhores práticas no cuidado à população idosa.

Nos cuidados à população, colaborou-se com a ECCL; deslocámo-nos ao domicílio das pessoas referenciadas para o apoio da equipa, em todo o concelho, sendo que prestados cuidados domiciliários, na área preventiva, curativa, reabilitadora e paliativa, através do agendamento das visitas domiciliárias realizadas regularmente.

Relativamente aos convívios comunitários, houve colaboração da Técnica da Rede Social do município com as Juntas de freguesia, de forma a realizar os convívios comunitários no Dia do Idoso e no Dia de São Martinho. As Juntas de Freguesia disponibilizaram o transporte para a deslocação dos idosos da sua residência até ao local do convívio e no regresso a casa após a realização do mesmo. As deslocações foram realizadas pelo motorista da Junta de Freguesia acompanhado por elementos da equipa de enfermagem.

## 10. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

### 10.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

As “competências comuns” referem-se às competências comuns a todos os enfermeiros com a especialidade, independentemente da área de especialidade de cada enfermeiro (Regulamento 140/2019, p.4745). Por outro lado, as “competências específicas” relacionam-se com as competências dos enfermeiros de cada área de especialização, ou seja, adequam os cuidados de saúde prestados às necessidades de saúde (Regulamento 140/2019, p.4745).

As competências anteriormente mencionadas dividem-se em quatro domínios:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento 140/2019, p.4745).

#### **As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:**

- a) “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”. (Regulamento 140/2019, p.4745).

Relativamente a este domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi cumprido durante os dois estágios realizados, respeitando os princípios éticos subjacentes. Foi mantido o direito de sigilo de acordo com o código deontológico dos enfermeiros: “considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte” (OE, Lei n.º 156/2015, artigo 105.). Julgamos ter respeitado os direitos humanos das pessoas com quem se contactou durante os estágios realizados, como por exemplo: “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (OE, Lei n.º 156/2015, artigo 102.º). Assim, verificou-se o compromisso do direito ao consentimento informado, dado que o indivíduo e a família foram informados relativamente aos cuidados de enfermagem.

Este projeto foi submetido à Comissão de Ética da ULSNA, sendo que foi aprovado, mantendo assim salvaguardados os aspetos éticos de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia sobre Ética envolvendo a investigação em Seres Humanos.

**Competências do domínio da melhoria da qualidade:**

a) “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

b) Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento 140/2019, p.4745).

Ao nível do domínio da melhoria da qualidade, pensamos ter conseguido realizar um projeto de intervenção comunitária que contribuiu para a melhoria da qualidade em saúde. Assumiu-se um papel de liderança na organização e planeamento de visitas domiciliárias e realização de entrevistas à população-alvo, no sentido de obter um diagnóstico da situação do concelho em questão. Assim como, através do Estágio Final, se organizaram atividades, tendo especial atenção à área do isolamento dos idosos e à promoção da sua saúde. Tivemos a colaboração de todos os elementos da equipa da UCC e fundamentámos a nossa prática na evidência científica mais recente. Nas atividades realizadas teve-se sempre em atenção o estabelecimento de um ambiente terapêutico e seguro para as pessoas, contribuindo para a prevenção de acidentes.

**As competências do domínio da gestão dos cuidados:**

a) “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento 140/2019, p.4745).

Ao nível da gestão dos cuidados, foi assumida a responsabilidade de colaborar com os outros profissionais de saúde, nomeadamente psicólogo e assistente social, no sentido de dar resposta às necessidades dos utentes. Este projeto de intervenção comunitária foi realizado com o apoio da equipa, tendo em atenção os recursos existentes, as prioridades emergentes e a qualidade dos cuidados prestados.

**As competências do domínio das aprendizagens profissionais:**

a) “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica” (Regulamento 140/2019, p.4745).

No domínio das aprendizagens profissionais, reconheceu-se um grande desenvolvimento na otimização do autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeiro, com o apoio proporcionado pela enfermeira orientadora e pela professora orientadora. Este desenvolvimento verificou-se na gestão das emoções e sentimentos face às situações vivenciadas durante os estágios académicos. Houve empenho na melhoria das limitações pessoais e profissionais, tais como a comunicação, a relação com os utentes e cuidadores. Atuou-se, sempre, prestando os melhores cuidados de saúde, baseados na melhor evidência científica.



## 10.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são quatro:

- a) “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”. (Regulamento n.º 428/2018, p.19354).

Relativamente à competência a) consideram-se assimilados os conhecimentos e as competências durante a realização do Estágio I, na demonstração de conhecimentos sobre os determinantes da saúde, que permitiram obter um Diagnóstico de Saúde da comunidade.

Os determinantes da saúde podem ser agrupados nas seguintes categorias: “fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer)”. (OMS, 2014).

Assim, os conhecimentos adquiridos sobre os determinantes em saúde permitiram fazer o Diagnóstico de Saúde de uma comunidade, tendo em consideração as variáveis socioeconómicas e ambientais de acordo com os determinantes da saúde mais prioritários. Foram estudadas as necessidades de saúde da comunidade e em consonância com os indicadores epidemiológicos foram identificados problemas de saúde. O estágio final permitiu definir objetivos e conceber estratégias de intervenção de forma a dar resposta aos objetivos traçados e assim, responder adequadamente aos problemas identificados inicialmente.

Em relação à competência b), concordamos que contribuímos para a capacitação dos indivíduos e comunidades para a melhoria da sua saúde.

A capacitação do indivíduo ou de uma comunidade torna-se fundamental, dado que “o cidadão deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva. Para exercê-la, o cidadão tem que estar informado, tem que interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e,



quando for o caso, na gestão da sua doença.” (DGS, Plano Nacional da Saúde- Revisão e extensão a 2020, 2015).

Assim, essa capacitação foi efetuada através das visitas domiciliárias, da realização de sessões de educação para a saúde, que contribuem para a Promoção da Saúde. Realizaram-se sessões de educação sobre os cuidados a ter com a gripe (Apêndice VII); sobre a prevenção das doenças coronárias (Apêndice VII). Tivemos oportunidade de integrar um projeto da UCC, que constituiu uma mais valia para a aprendizagem profissional. Avaliou-se assim, que houve um forte contributo na área da capacitação dos indivíduos e comunidades, visto que houve uma coordenação, dinamização e participação em programas de intervenção comunitária ao nível da prevenção, proteção e Promoção da Saúde em distintos contextos.

No que respeita à competência c), estima-se que a UCC contribui para a realização das Meta A e B do Plano Nacional de Saúde (PNS) Revisão e Extensão a 2020: “Reduzir a mortalidade prematura (<70 anos), para um valor inferior a 20%” e a “meta B, Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30% (DGS, 2015, pp. 10-11). Portugal caracteriza-se por ter uma população envelhecida, com baixa natalidade. Assim torna-se essencial intervir o mais precocemente neste cenário demográfico e epidemiológico da população portuguesa. Através da concretização dos estágios curriculares foi possível intervir no sentido de garantir o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, ou seja, mesmo as pessoas idosas que se encontravam completamente isoladas e distantes dos cuidados de saúde, foram vigiadas de modo a controlar o seu estado de saúde. Atuámos na componente preventiva, paliativa e curativa nos domicílios que foram realizados pela equipa da UCC.

Por conseguinte, achamos que as intervenções realizadas foram ao encontro do que é defendido no plano da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025. Este plano refere que a “a promoção de um envelhecimento ativo ao longo do ciclo de vida tem sido um caminho apontado como resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população (ENEAS, 2017).

Ao nível da competência c), participámos, juntamente com a enfermeira supervisora, em atividades de saúde escolar, nomeadamente sessões de educação sobre a alimentação saudável (Apêndice VIII); estilos de vida saudáveis ou diabetes. Segundo a DGS (2006), “o Programa Nacional de Saúde Escolar tem como finalidades:

1. Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
2. Apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais;
3. Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
4. Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis;

5. Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras de saúde”.

As intervenções que foram realizadas em meio escolar contribuíram beneficentemente para a saúde e melhoria da literacia de crianças e jovens.

Por último, relativamente à competência d), os utentes e as suas famílias, abrangidas pela UCC, foram vigiadas e monitorizado o seu estado de saúde. Procedeu-se sempre aos registos informáticos, no SClinic e GestCare, de forma a garantir a continuidade dos cuidados prestados. Foram promovidos junto da comunidade hábitos de vida saudáveis, vigilância do estado de saúde-doença e encaminhamento para as entidades responsáveis.

### 10.3. COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

As competências necessárias para adquirir o grau de mestre são:

a) “Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções e desses juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, p.3174).

De acordo com as competências acima descritas, consideramos ter adquirido as competências para a obtenção do grau de mestre. As aprendizagens adquiridas através da frequência e realização de todas as unidades curriculares que compõem o ano curricular, e por outro lado, a frequência dos estágios focados na realização de um Diagnóstico de Saúde, recorrendo à metodologia do Planeamento em Saúde, para a realização deste projeto comunitário, consubstanciam-se na aquisição e no aprimoramento das competências inerentes ao grau de mestre. Ao longo do Estágio I e Estágio final, melhorámos o pensamento crítico acerca da problemática

deste projeto, delineámos objetivos e estratégias e conseqüentemente, procedemos à avaliação do projeto de intervenção comunitária, com o intuito de verificar se os objetivos traçados foram alcançados.



## 11. CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional é visto como um dos problemas principais do século XXI (Veloso, 2015). Segundo esta autora, este fenómeno é cada vez mais evidente na população portuguesa, sendo considerado a alteração social mais relevante nos últimos séculos. Este fenómeno demográfico resulta da diminuição da redução da natalidade e do aumento da longevidade nas pessoas idosas (Brito, 2018).

Assiste-se a um paradoxo do envelhecimento, uma vez que o envelhecimento está associado ao aumento da esperança média de vida, sendo interpretado como um acontecimento positivo para a sociedade, mas por outro lado, está associado também à diminuição da fecundidade, implicando consequências negativas para a sociedade (Veloso, 2015).

Verifica-se que a solidão tem aumentado nos últimos anos devido ao aumento também da esperança média de vida, ou seja, existem mais pessoas com 65 ou mais anos de idade. Também a visão de pessoa idosa tem sofrido alterações ao longo dos últimos anos com implicações culturais e sociais para os idosos (Miranda, 2015).

De acordo com a literatura obtida e com a experiência vivenciada nos estágios, constatou-se que ainda existe o paradigma incorreto de as pessoas associarem o envelhecimento à doença, não sendo na maioria das situações praticado um envelhecimento ativo e saudável.

Atualmente, as famílias possuem menos tempo para acompanharem o envelhecimento dos seus familiares, devido a diversos fatores presentes na sociedade, contribuindo para o aumento do número de idosos que vivem isolados em casa e outros que, apesar de estarem acompanhados com alguém, se sentem sozinhos.

Utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde, foi possível obter o Diagnóstico de Situação de Saúde, da área geográfica onde decorreu o estágio, sendo a área de intervenção escolhida, o envelhecimento. Evidenciou-se assim como prioridade a necessidade de atuar no sentido de promover a capacitação das pessoas idosas que vivem isoladas em meio rural.

A elaboração do Diagnóstico de Saúde no concelho onde decorreu o estágio, vai assim, ao encontro das necessidades identificadas nesta população. Permitiu também destacar o papel crucial dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na comunidade, quer pela proximidade com a população quer pelo conhecimento que possuem sobre os contextos em que estão inseridos.

Foi então elaborado o projeto de intervenção “Mais Saúde nos Montes” - Capacitação das pessoas idosas que vivem em meio rural, cujo objetivo geral foi promover a capacitação de pessoas idosas que vivem isoladas, nas três freguesias do concelho no âmbito do envelhecimento



ativo. As intervenções planeadas basearam-se em evidências, através da realização de uma revisão integrativa da literatura, que demonstrou que a prática de um envelhecimento saudável e ativo é a estratégia fulcral para envelhecer com qualidade.

A análise dos resultados obtidos através dos instrumentos de recolha de dados, demonstra que a amostra de idosos selecionada, na sua maioria, vivem com poucos recursos financeiros, os familiares, quando presentes, são a grande companhia destes idosos, sendo que em alguns casos, a ausência de familiares ou vizinhos/amigos, potencia o sentimento de solidão. Observa-se assim, que a necessidade do contacto com outras pessoas está muito afetada, constituindo uma necessidade de intervenção.

De acordo, com os dados obtidos constata-se que o sentimento de solidão está presente na maioria dos idosos inquiridos. As variáveis que podem levar à solidão são as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, a habitação e com quem vivem).

Este projeto de intervenção comunitária permite assim, destacar um problema social e atual que necessita de mais apoio e estratégias de intervenção, no sentido de prevenir o isolamento social e a solidão. Assim, abordar e trabalhar com os idosos a questão da solidão e a sua integração social, demonstra preocupação com a sua saúde e permite prevenir complicações sociais e ao nível da saúde (Brito, 2018).

É fulcral trabalhar no sentido de promover um desenvolvimento ativo e saudável nas pessoas idosas. Segundo a DGS (2017), o envelhecimento ativo é determinado pelo processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e conservação da capacidade funcional. Esta perspetiva de envelhecimento saudável proporciona melhor bem-estar e qualidade de vida às pessoas idosas.

A realização das visitas domiciliárias multidisciplinares e dos convívios comunitários contribuíram para dar resposta aos problemas identificados, tais como prevenir a solidão e o isolamento, incentivar a participação dos idosos na vida social e reforçar as relações interpessoais e entre as gerações. Estas visitas preventivas permitiram dar resposta à pessoa idosa com incapacidade de se deslocar aos serviços, ensinar, instruir, encaminhar de acordo com as suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Relativamente à saúde, as visitas domiciliárias permitem prestar apoio nas patologias presentes nos idosos: na diabetes, hipertensão arterial, depressões e em termos oftalmológicos, quer na vigilância, quer no encaminhamento para os serviços de saúde mais adequados. Realiza-se também a gestão da medicação domiciliária, campanhas de ensino, como por exemplo, a vacina da gripe e incentivo das atividades da terceira idade.

Devemos continuar a apoiar a terceira idade, devendo existir um incentivo contínuo com a família, para que esta apoie os familiares mais tempo, estimulando o idoso com incentivos positivos no sentido de ultrapassar as barreiras naturais do processo do envelhecimento.

As Unidades Curriculares (UC) de Estágio e Relatório de Estágio tiveram um papel essencial no desenvolvimento das competências necessárias para a obtenção do grau de mestre. Sendo estas competências o desenvolvimento da investigação em qualquer contexto multidisciplinar, a aquisição de capacidade de reflexão ética e social das decisões e comunicar de forma eficaz e clara os conhecimentos adquiridos ao longo da vida (Decreto Lei nº63/2016, 13 de setembro).

Assim, reforça-se a importância da elaboração de projetos comunitários na prevenção e controlo da solidão e isolamento dos idosos, possuindo assim, os enfermeiros um papel ativo na Promoção da Saúde e prevenção da doença na comunidade, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida e ganhos em saúde. Em suma, é essencial capacitar os idosos fornecendo-lhes as ferramentas necessárias, incentivando a sua autonomia e potenciando a responsabilidade da sua própria saúde.

## BIBLIOGRAFIA

Afonso, C. (2015). *A integração do idoso na sociedade – o papel das redes sociais*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. Consultado a 5 de março de 2020, in <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12722/1/CI%C3%A1udia%20Vanessa%20Carreiro%20Afonso.pdf>.

Azevedo, M. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Consultado a 12 de março de 2020, in <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20-%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>.

Brito, J. (2018).. *Humanizar a Serra- Promover a Saúde das Pessoas Idosas Isoladas*. Évora: Universidade de Évora. Consultado a 28 de fevereiro de 2020, in <http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/23594/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Enfermagem%20Comunit%C3%A1ria%20e%20de%20Sa%C3%bade%20P%C3%bablica%20-%20Joana%20Soares%20Nobre%20de%20Brito%20-%20Humanizar%20a%20serra...%20.pdf>.

Câmara Municipal de Castelo de Vide. (2012). Consultado a 23 de fevereiro de 2020, in: <http://www.cm-castelo-vide.pt/>

Câmara Municipal de Castelo de Vide. (2016). *Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Castelo de Vide de 2016-2018*.

Câmara Municipal de Castelo de Vide (2019). *Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Castelo de Vide de 2019-2021*.

Câmara, R. (2013). Análise de conteúdo: da teoria a prática em pesquisas sociais aplicadas as organizações. Empresa brasileira de Pesquisa Agropecuária, Brasília, Brasil. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6 (2), jul-dez, 2013, 179-19. Consultado a 1 de junho de 2020 in: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>

Cavalcanti, K; & Mendes, J; & Freitas, F; & Martins, K; & Lima, R; & Macêdo, P. (2016). O Olhar da pessoa idosa sobre a solidão. *Avances en Enfermería*, Vol. 34, Número 3, p. 259-267. Colômbia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Consultado a 13 de março de 2020, in <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/issue/viewIssue/4651/722>.

Constituição da República Portuguesa (1976). *Artigo 72º*. Diário da República n.º 86/1976, Serie I.



Decreto-Lei n.º 156/2015, (2015). *Diário da República* nº 181/2015, Série I. (10-08-2015)

Decreto-Lei nº 63/2016 (2016). *Diário da República* n.º 176/2016, Série I. (13-09-2016).

Decreto-lei nº28/2008 (2008). *Diário da República* n.º 38-22 ,1.ª série. (22-02-2008).

Decreto-Lei nº428/2018 (2018). *Diário da República* n.º 135, 2.ª Série (16-07-2018).

Delgado, A. e Wall, K. (2014). *Família nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística: ICS. Imprensa de Ciências Sociais. Consultado a 9 de março de 2020, in [https://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2015/FamiliasCensos2011\\_a.pdf](https://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2015/FamiliasCensos2011_a.pdf)

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde-Revisão e Extensão a 2020*. Consultado em 17 de maio de 2020, in <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2000). *A Promoção da Saúde. A carta de Ottawa*. Consultado a 25 de março, in <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Consultado a 28 de março, in <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dse-de-29062006-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável-2017-2025*. Consultado a 1 de abril de 2020, in <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção Geral de Saúde, (2014). *Sobre Determinantes da Saúde*. Consultado a 4 de abril de 2020, in <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>.

Durão, V. (2014). *Educação para a Saúde como Estratégia para a Promoção do Envelhecimento Saudável*. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém. Consultado a 25 de março de 2020, in <http://hdl.handle.net/10400.15/1203>

Fernandes, J., Rodrigues, J. & Ramos, L. *Manual de Visitação Domiciliária*. Lousã: USF Serra da Lousã 2019. Consultado a 3 de março de 2020, in <http://www.newsite.usf-serrada-lousa.com/wp/wp-content/uploads/2016/11/Visita%C3%A7%C3%A3o-Domicili%C3%A1ria-Revis%C3%A3o-Jul16-Dez19.pdf>



Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gonçalves, S. (2019). *A Criança, a Diabetes e a Escola- Capacitação de Professores e Profissionais não docentes*. Setúbal: Escola Superior de Saúde. Consultado a 28 de maio de 2020, in [https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4875/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Sofia%20Gon%C3%A7alves.pdf](https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4875/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Sofia%20Gon%C3%A7alves.pdf)

Imperatori, Emílio; Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística (2015). *Envelhecimento da População residente em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: INE. Consultado a 12 de março de 2020 in [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções da População Residente de 2015-2080*. Lisboa: INE. Consultado a 14 de março de 2020, in [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt).

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Revista de Estudos Demográficos*, n.º 56. Lisboa: INE. Consultado a 10 de março de 2020, in [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=224831137&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=224831137&PUBLICACOESmodo=2).

Marrachinho, A. (2014). *Qualidade de Vida e Solidão no Idoso Institucionalizado*. Faro: Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação e Escola Superior de Saúde de Faro. Consultado a 3 de abril de 2020, in [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8267/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20solid%C3%A3o%20no%20idoso%20Institucionalizado\\_TeseFinal\\_AnaMarrachinho.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8267/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20solid%C3%A3o%20no%20idoso%20Institucionalizado_TeseFinal_AnaMarrachinho.pdf).

Miranda, C. (2015). *Preparação dos enfermeiros para o exercício de funções de docência: contributo da supervisão clínica em enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Consultado a 15 de março de 2020, in <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9755/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20%20Catarina%20Miranda.pdf>.

Moura, C. (2006). *Século XXI - Século do Envelhecimento*. Loures: Lusociência.

Mozzato, A. R., & Grzybovski, D. (2011). Documentos e Debates: Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, vol. 15, n.º 4, pp.731–747. Consultado a 9 de março de 2020, in <https://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 428/2018. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na área comunitária e da saúde familiar*. Consultado a 3 de março de 2020, in <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº 26/2019*, Série II. Consultado a 28 de março de 2020, in <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Consultado a 31 de março de 2020, in [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf).

Pordata. (2020). *Informação Personalizada dos Municípios. Índice de Longevidade*. Consultado a 23 de março de 2020 in <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+longevidade-457>

Portugal, R., Nunes, A. B. Andrade C. (2016). *Desenvolver os Planos Locais de Saúde. Reforçar o Plano Nacional de Saúde. Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Consultado a 5 de abril de 2020, in <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>

Prata, S. (2017). *A Herança Cultural Judaica e o Turismo em Castelo de Vide*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa. Departamento de Histórias, Artes e Humanidades. Consultado a 16 de março de 2020, <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/3110>,

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, Vol. 25, n.º 4, 585-593. Consultado 20 de junho de 2019, in <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>.

Silva, A., & Santos, I., (2010). Promoção do Autocuidado de Idosos para o Envelhecer Saudável. Aplicação da Teoria de Nola Pender. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, vol. 19, n.º 4, pp. 745-753. Consultado a 29 de março de 2020, in: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/18.pdf>.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde: Cadernos de formação* 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. 2ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tereso, S. (2018). *Idosos que vivem sós: realidade da freguesia de Fundada*. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Educação. Consultado a 03 de março de 2020, in <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/6274>.

Veloso, A. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação. Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Consultado a 1 junho de 2020, in [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado\\_Ana%20Veloso.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado_Ana%20Veloso.pdf)

Watson, C. (2019). *A Linguagem da Bondade* Lisboa: Arena PT.

## APÊNDICES



## **APÊNDICE I - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA NO ÂMBITO DO PROJETO “MAIS SAÚDE NOS MONTES” - PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS ISOLADOS EM MEIO RURAL”

A entrevista, realizada com conhecimento prévio do Coordenador da Unidade de Saúde, destina-se exclusivamente ao projeto desenvolvido pela enfermeira Inês Luís, estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, ficando à guarda e responsabilidade da enfermeira que efetuará as entrevistas, Inês Luís e da Professora orientadora do projeto, Ana Paula Gato.

É garantido que a presente autorização pode ser retirada em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete os cuidados prestados à pessoa.

**Parte declarativa do profissional:**

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e compreensível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos,

Nome legível do profissional de saúde:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nº da Cédula Profissional: \_\_\_\_\_

**À Pessoa/representante:**

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas.**

**Se tudo estiver conforme, então assine este documento.**

Declaro ter compreendido os objetivos de quando me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas

sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

**Autorizo / não autorizo, (riscar o que não interessa)** o ato indicado bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões fundamentadas.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data)

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Se não for a própria a assinar, por incapacidade:**

Nome: \_\_\_\_\_

Doc. Identificação Nº: \_\_\_\_\_ data ou validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Nota:** Este documento é feito em duas vias: uma para incluir como anexo no citado projeto e outra para ficar na posse da pessoa que consente.

## **APÊNDICE II - PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA SAÚDE PARA A ULSNA**



Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração da ULSNA,  
Sr. Dr.

**Assunto:** Pedido de Autorização para realização de Projeto de Intervenção Comunitária, no âmbito do estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Eu, Inês Ricardo Ribeiro Luís, enfermeira com a cédula profissional nº [REDACTED], encontro-me a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação-Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre entre 2018-2020, venho por este meio, solicitar a V. Ex. um pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULSNA, sobre o assunto abaixo apresentado:

Encontro-me a realizar o Estágio em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde de [REDACTED] autorizado pela instituição que superiormente dirige, sob a orientação da Prof. Doutora Ana Paula Gato e da enfermeira orientadora Enfª Especialista [REDACTED], até 28 de junho do presente ano. Os objetivos do estágio são atingidos através da realização de um projeto de intervenção, com base na metodologia de Planeamento em Saúde, de forma a identificar os problemas, determinar as necessidades, estabelecer prioridades e fixar objetivos que permitam escolher as estratégias e intervenções mais adequadas para responder às problemáticas identificadas.

Após reunião informal com os elementos da equipa, realização de pesquisa bibliográfica, análise de indicadores demográficos e de saúde e verificação dos indicadores do Centro de Saúde de Castelo de Vide, decidiu-se que a área do Envelhecimento, associada ao Isolamento das pessoas idosas em meio rural era indicada para o meu projeto. O envelhecimento é um fenómeno mundial que tem repercussões ao nível social, económico e cultural. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal é o terceiro país da União Europeia, com um valor mais alto do índice de envelhecimento (Fundação Francisco Manuel dos Santos, Pordata, 2018). Constata-se que as pessoas idosas são confrontadas com os fantasmas do envelhecimento, que se podem manifestar através do medo da solidão, do desconhecido e da morte (Marrachinho, 2014).

Assim a área de intervenção escolhida para o meu trabalho foi a Promoção da Saúde das pessoas idosas isoladas em meio rural, tendo-se escolhido como título para o projeto de intervenção comunitária “Mais saúde nos Montes” – Promoção da Saúde das pessoas idosas isoladas em meio rural. O projeto será desenvolvido com a colaboração da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de [REDACTED], com as entidades de forças de segurança, Município de [REDACTED] e com outras entidades do CLAS. Com o desenvolvimento deste projeto, espera-se combater a solidão e o isolamento social. O projeto de estágio decorre nas instalações do Centro de Saúde de [REDACTED], na UCC, e será sempre realizado com o acompanhamento da equipa de Enfermagem da mesma.

**Resumo do Projeto:** “Mais saúde nos Montes” - Promoção da Saúde das pessoas idosas isoladas em meio rural. Pretende-se com este projeto prestar apoio de saúde e social às pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas, através de um trabalho desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, no âmbito da UCC de [REDACTED], estando integrado num projeto mais amplo da UCC “[REDACTED]”.

**Finalidade e Objetivos:** Proporcionar apoio às pessoas idosas isoladas, na vigilância e encaminhamento da sua saúde e questões sociais, tentando responder às suas necessidades e, essencialmente construir um elo de proximidade com a sociedade, proporcionando melhor qualidade de vida, essencialmente diminuir a sensação de solidão e exclusão social.

O objetivo Geral é promover o apoio à saúde e social às pessoas idosas isoladas que vivem sozinhas em três freguesias do concelho de [REDACTED], com a ajuda da GNR e Camara Municipal e outras entidades do CLAS.

**Resumo do estudo e métodos:** Foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde, que permitiu desenvolver um Diagnóstico de Saúde para fundamentar a implementação de um projeto de intervenção comunitária. A metodologia do Planeamento em Saúde através da realização de uma entrevista com consentimento informado, orientada por sete perguntas abertas, escala de Morse e de Barthel a idosos com idade superior a 65 anos.

**Considerações éticas:** as respostas serão analisadas e tratadas com confidencialidade e proteção de informação entre os profissionais intervenientes, assegurando o uso exclusivo e apenas pertinente, dos dados recolhidos para o presente projeto. As conclusões finais serão apresentadas e divulgadas em conjunto com as entidades envolvidas no projeto, baseadas no anonimato e confidencialidade de informação.

**Anexos:**

- Exemplar do Guião de Entrevista (Anexo I)
- Exemplar do documento de consentimento informado livre e esclarecido (Anexo II)
- Exemplar de pedido de autorização ao Coordenador da UCC de [REDACTED] (Anexo III)
- Exemplar de pedido de autorização à Diretora do ACES [REDACTED] (Anexo IV)

Consciente da importância dos benefícios do desenvolvimento deste projeto para a comunidade e para o meu desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista, encontro-me disponível para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Aguardo deferimento.

[REDACTED], X de Junho de 2019

---

(Inês Luís)

**APÊNDICE II a – PARECER POSITIVO EM RESPOSTA AO PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSNA**

**ULSNA**+

## INFORMAÇÃO

N.º 29/2019, de 09 de outubro

18.10.2019

De: Maria Luíza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo “Mais Saúde nos Montes.”

### PARECER

### DESPACHO/DELIBERAÇÃO

Concordo com o parecer emitido  
tendo em conta a referida informação  
Procede-se em conformidade

*João Moura dos Reis*  
Presidente do Conselho de Administração

A requerente, Inês Ricardo Ribeiro Luk, enfermeira, mostrando em Enfermagem uma Associação com especialidade na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo “Mais Saúde nos Montes.”

Cumpra apócrian:

#### I- Enquadramento

Como enquadramento e justificação do estudo salienta-se a necessidade a população idosa viver amide em ambiente rural, tendo resultado de reunião de equipa do Centro de Saúde de Castelo de Vide que seria indicado a apresentação de um projeto que pudesse contribuir para uma melhoria dos cuidados de saúde nessa população.

#### II- Objetivos

- Promover a saúde das pessoas idosas isoladas, prestando-lhes apoio na vigilância de saúde, encaminhamento e apoio nas questões sociais, tentar responder às suas necessidades e construir um elo de ligação com a restante comunidade, proporcionando melhor qualidade de vida, essencialmente diminuindo a sensação de solidão, nas três freguesias de Castelo de Vide.

- O objetivo

#### III- Tipo de estudo

O estudo é interventivo do tipo descritivo e transversal.

#### IV- População alvo

Idosos inscritos na UCC do Centro de Saúde de Castelo de Vide, correspondendo às três freguesias desta vila.

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO  
NORTE II ENTEJANO E PE

Enviado  
Data 09/10/2019  
Assinado

MOD.07 ADR103

Página 1 de 2



O fundamento de legitimidade e licitude consiste no consentimento dos participantes, cujo modelo se encontra na documentação do estudo, nada existindo a assinalar do ponto de vista ético.

O tratamento dos dados será realizado através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Com base na justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do estudo.

Encontram-se acasteladas as questões ético-legais, exibindo uma preocupação com o anonimato.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre tratamento de dados pessoais, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: "Mais Saúde nos Montes."

A investigadora após finalizar o estudo deverá agendar a apresentação do mesmo na ULSNA.

É tudo quanto cumpre informar

Plata Comissão de Ética

Maria Luiza Lopes

MARIA LUIZA  
NUNES  
LOPES  
FERREIRA

[illegible]

Anexo: Requerimento com recurso do projeto do estado e todos os documentos anexos

### **APÊNDICE III - GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

## Projeto “Mais saúde nos montes” – Promoção da Saúde dos idosos isolados em meio rural”

### GUIÃO DE ENTREVISTA

#### **Dados de caracterização**

##### **1.1 Idade:**

65 a 70 anos –

71 a 75 anos –

76 a 80 anos –

81 a 85 anos –

+85 anos –

##### **1.2 Sexo –**

##### **1.3 Grau de Escolaridade:**

##### **1.4 Estado Civil -**

#### **QUESTÕES**

2. Vive sozinho (a)?

3. Tem apoio de familiares ou visitas? Quando?

4. Quais considera serem os seus principais problemas ou dificuldades?

5. Que ajudas seria importante ter?

6. Tem problemas de saúde? Se sim quais.

7. Como poderia o Centro de Saúde ajudá-lo?

## **APÊNDICE IV - ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS**



## Análise de conteúdo das entrevistas

Categoria – Tipo de Apoio recebido			
Subcategoria	Nº de idosos	Unidades de Contexto	
Apoio da Família	10	- “O meu filho vem de vez quando...sempre que pode”	- “Vivo com o meu filho e com a nora...ajudam-me muito”.
Apoio de Vizinhos	2	- “Às vezes falo com os meus vizinhos”	
Amigos	5	- “Tenho dois amigos que me visitam muitas vezes”	-Tenho uns amigos que me convidam para ir dar uns passeios”
Apoio Via telefone	6	- “Temos o filho que nos liga com frequência”	- “Tenho um amigo que liga às vezes”

Quadro 1 - Análise de conteúdo da questão n.º 2

Categoria - Dificuldades e problemas sentidos		
Subcategorias	Nº de idosos	Unidades de Contexto
Tristeza	12	“Sinto-me triste muitas vezes”
Ansiedade	10	“Sou muito ansiosa/o”
Solidão	12	“Sinto-me sozinho e isolado”
Inatividade	14	“Não consigo fazer o que quero... sinto-me desmotivada...”
Dificuldades na AIVD	14	“Tenho muita dificuldade em fazer as coisas do dia-a-dia”
Dificuldades financeiras	14	“Temos que trabalhar no campo para sobreviver...”
Patologias de base	14	“Temos muitos problemas de saúde...”
Meio de transporte	12	“Evito ir ao Centro de Saúde para não incomodar o meu filho para me levar...”

Quadro nº 2: Análise de conteúdo da questão n.º 4

<b>Categoria - Necessidades de ajuda manifestadas</b>		
<b>Subcategorias</b>	<b>Nº de idosos</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
Apoio financeiro	14	“Era bom receber algum complemento que ajudasse nas despesas do dia-a-dia...”; “O dinheiro é pouco...”
Mais vigilância	14	“Temos medo de viver assim isolados...gostamos de ver mais pessoas por aqui, por exemplo as forças de segurança”
Meio de transporte	11	“Gostávamos de ir a determinados lugares, mas não podemos ir porque não temos quem nos leve sempre...”
Gestão da medicação	9	“Às vezes já me baralho a tomar os medicamentos. Era bom ter alguém a arranjar os meus remédios”.
Atividades de lazer	14	“Preciso de me distrair...precisava de sair e fazer atividades para ocupar mais o tempo”.
Continuação das visitas do Centro de Saúde	14	“É bom o Centro de Saúde vir visitar-nos e tratar de nós. Gostamos muito deste Centro de Saúde”.

**Quadro 3:** Análise de Conteúdo da questão n.º 5

<b>Categoria: Problemas de saúde</b>			
<b>Subcategorias</b>	<b>Nº de referências</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	
Hipertensão Arterial	6	“A tensão arterial está sempre descontrolada...”	
Obesidade	1	“Este peso não me ajuda a movimentar”	
Ansiedade	8	“Sinto-me muitas vezes ansiosa”;	
Osteoartrose	10	“Tenho problemas nas articulações”;	
Depressão	2	“Choro muito...só me apetece gritar”	
Processo de luto	2	“O meu marido faz-me tanta falta...sinto muito a falta dele...”; lembro-me muito dele e choro”;	
Problemas cardíacos	8	“Sinto-me muito cansado do coração...tenho problemas de coração já há alguns anos”;	
Alcoolismo	1	“O meu marido bebe muito...só chega às tantas da manhã a casa...”;	
Dores generalizadas	14	“Temos dores por todo o corpo”;	
Diabetes	2	“Já tenho diabetes há muito tempo”	
Inatividade	14	“Sentimo-nos sem incentivo e motivação para fazer as coisas...”;	

**Quadro 4:** Análise de conteúdo da questão n.º 6

**Quadro 5** - Análise de conteúdo da questão n.º 7

<b>Categoria: Centro de Saúde como recurso</b>			
	<b>Subcategorias</b>	<b>Nº de referências</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
	Satisfeito	14	“Gostamos muito do nosso Centro de Saúde”; “Estamos satisfeitos.”; “As pessoas são muito atenciosas connosco”;
	Insatisfeito	0	“Ninguém mencionou estar insatisfeito”
	Limitações no funcionamento	8	“Gostávamos que o Centro de Saúde estivesse aberto 24 horas”; “Nem sempre somos atendidos pelo nosso médico de família”; “Era preciso ter as consultas de reforço com mais permanência”;
	Categoria: Centro de Saúde como recurso		
	<b>Subcategorias</b>	<b>Nº de referências</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
	Satisfeito	14	“Gostamos muito do nosso Centro de Saúde”; “Estamos satisfeitos.”; “As pessoas são muito atenciosas connosco”
	Insatisfeito	0	Ninguém mencionou estar insatisfeito.
	Limitações no funcionamento	8	“Gostávamos que o centro de saúde estivesse aberto 24 horas”; “Nem sempre somos atendidos pelo nosso médico de família”; “Era preciso ter as consultas de reforço com mais permanência”;

## **APÊNDICE V- CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES REALIZADAS**



<b>Meses</b> <b>Atividades</b>	Maio 2019	Junho 2019	Setembro 2019	Outubro 2019	Novembro 2019	Dezembro 2019	Janeiro 2020	Abril 2020
Início do estágio I								
Diagnóstico de Situação –colheita dos dados através de entrevista e aplicação da escala de Barthel e Morse								
Análise do conteúdo das entrevistas								
Envio do pedido de autorização para a comissão de ética								
Apresentação do projeto de intervenção comunitária								
Início do estágio II								
Realização de atividades de promoção da saúde dos idosos								
Visita domiciliária com assistente social municipal e enfermeiros da UCC para solucionar possíveis situações de apoio financeiro								

<b>Meses</b> <b>Atividades</b>	Maio 2019	Junho 2019	Setembro 2019	Outubro 2019	Novembro 2019	Dezembro 2019	Janeiro 2020	Abril 2020
Proceder à gestão terapêutica dos idosos selecionados								
Planejar e participar em convívios comunitários com os idosos								
Proceder à vigilância da saúde destes idosos e encaminhamento para consultas médicas ou outros serviços								
Proporcionar momentos de escuta ativa através das visitas domiciliárias para intervir ao nível da solidão e tristeza nos idosos								
Implementação do projeto								
Revisão Integrativa da Literatura								
Elaboração e entrega do Relatório de estágio								

## **APÊNDICE VI – RESUMO DE ARTIGO CIENTÍFICO SOBRE O PROJETO**



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialidade: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Estágio II

## **Intervenções de Enfermagem à Pessoa Idosa Isolada em Meio Rural**

### **Nursing Interventions to the isolated elderly in Rural Areas**

### **Intervenciones de enfermeira a los ancianos aislados en zonas rurales**

Mestranda:

Inês Luís

Professora Orientadora:

Sandra Xavier

Enfermeira Orientadora:



## RESUMO

**Objetivo:** Identificar, na literatura científica, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa isolada em meio rural.

**Métodos:** Revisão integrativa da literatura, segundo a estratégia PICO na formulação da questão de investigação, através de pesquisa nas bases de dados: EBSCO Host Web - CINAHL Plus, MEDLINE e BOn, utilizando os descritores “elderly”, “nursing care” e “loneliness”, auxiliando a pesquisa com o caracter booleano “and”. A revisão integrativa da literatura seguiu os procedimentos metodológicos e surgiu da seguinte questão central: “Quais as intervenções de Enfermagem mais adequadas à Pessoa Idosa Isolada em meio rural?”.

A pesquisa decorreu nos meses de novembro e dezembro de 2019. Foram incluídos artigos, no período de 2015 a 2019, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, disponíveis nas bases de dados, de forma gratuita, tendo como foco, os idosos em meio rural com sentimentos de solidão e isolamento.

**Resultados:** Os estudos identificaram estratégias de intervenção de enfermagem direcionadas para o isolamento social e solidão nos idosos isolados em meio rural.

**Conclusões:** As intervenções de enfermagem são essenciais para que o isolamento social seja compreendido e tratado nesta população em estudo.

**Descritores:** Idoso; cuidados de enfermagem; solidão.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify, in the scientific literature, the nursing care provided to the isolated elderly in rural areas.

**Methodology:** Integrative literature review, according to the PICO strategy in formulating the research question, by searching the databases: EBSCO Host Web-CINAHL Plus, MEDLINE and Bon, using the descriptors “elderly”, “nursing care” and “loneliness”, assisting a search with the Boolean character “and”. An integrative revision of the literature followed the methodological procedures and emerged from the following central question: Which nursing interventions are most appropriate for the isolated elderly in rural areas”? The research took place in November and December 2019. Articles from 2015 to 2019 in Portuguese, English and Spanish, available in the databases, free of charge,

focusing on elderly people in the community with disabilities, were included feeling loneliness and isolation.

**Results:** The studies identified nursing intervention strategies aimed at social isolation and loneliness in the isolated rural elderly.

**Conclusions:** Nursing interventions are essential for social isolation to be understood and addressed in this study population.

**Descriptors:** Elderly, nursing care, loneliness.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar, en la literatura científica, la atención de enfermería brindada a los ancianos en las zonas rurales.

**Metodología:** Revisión bibliográfica integral, de acuerdo con la estrategia PICO en la formulación de la pregunta de investigación, mediante la búsqueda en las bases de datos: EBSCO Host Web - CINAHL Plus, MEDLINE y BOn, utilizando los descriptores "ancianos", "cuidados de enfermería" y "soledad", ayudando a la investigación con el carácter booleano "y". La revisión integral de la literatura siguió los procedimientos metodológicos y surgió de la siguiente cuestión central: “¿Qué intervenciones de Enfermería son más apropiadas para los ancianos aislados en las zonas rurales?” La investigación se llevó a cabo noviembre en noviembre y diciembre de 2019, en Portugués, Inglés y Español, disponible en las bases de datos, de forma gratuita, con un enfoque en las personas mayores en las zonas rurales con sentimientos de soledad y aislamiento.

**Resultados:** Los estudios identificaron estrategias de intervención de enfermería dirigidas al aislamiento social y la soledad en los ancianos rurales aislados.

**Conclusiones:** Las intervenciones de enfermería son esenciales para que el aislamiento social se entienda y aborde en esta población de estudio.

**Descriptores:** viejo hombre; cuidados de enfermería; soledad.

**APÊNDICE VII - FOLHETOS INFORMATIVOS SOBRE AS DOENÇAS  
CORONÁRIAS, CAMPANHA DOS CUIDADOS COM O FRIO E VACINA  
DA GRIPE**



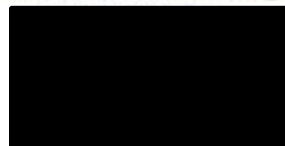
## O que não devemos comer...

- Alimentos salgados (azeitonas);
- Enchidos;
- Conservas;
- Queijos;
- Fritos e refogados;
- Bolos de pastelaria;
- Comida pré-cozinhada;
- Bebidas alcoólicas e do tabaco;
- Café.

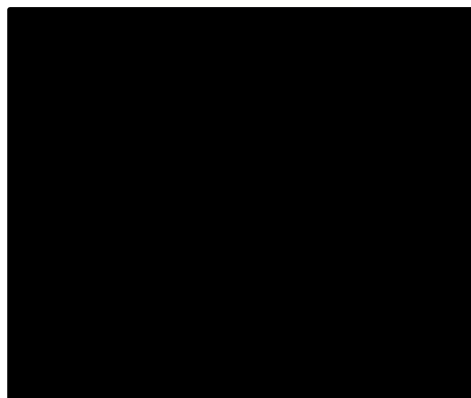


## Parcerias

Alunos de 3º ano de Enfermagem



Aluna de mestrado em Enfermagem  
Comunitária  
Inês Ricardo



## DOENÇAS CORONARIAS

*Como preveni-las*

*Janeiro 2020*



## O que devemos fazer...



- 30 min de exercício físico semanal;
- 5/6 refeições por dia;
- Beber 1,5/2L de água por dia;
- Comer mais vezes peixe do que carne, Legumes, hortaliças, fruta e sopa;
- Substituindo por limão e ervas aromáticas.

## As atividades que devemos realizar para prevenir o isolamento social e a solidão...

### Convívio Social

- Previne a depressão;
- Melhora a sua saúde.



### Convívio com animais

- Contribui para aumentar a felicidade



### Dançar e ouvir música

- Faz bem ao corpo e à mente;
- Promove o bem-estar na terceira idade



### Exercício Físico

- Reduz o risco de aparecimento de doenças;
- Ajuda a manter a mobilidade.





**Os cuidados com o Frio  
devem ser redobrados com  
as pessoas idosas!**



## **ALIMENTAÇÃO**

Durante o inverno o nosso corpo arrefece e consome mais energia para se manter quente. É recomendado:

- Optar por alimentos quentes: sopas, caldos, chá, leite e água;
- Repartir as refeições por 5-6 refeições diárias;

## **O FRIO CHEGOU! PROTEJA-SE!**



Realizado por:

Inês Luís

Mestrado de Enfermagem

Sob orientação



## HABITAÇÃO

- Manter a temperatura da sua casa entre os 18°C e os 21°C;
- Proteger as frestas das janelas e das portas;
- A casa deve ser arejada e mantida limpa de modo a prevenir alergias e infecções respiratórias;
- Ter o cuidado de desligar os sistemas de aquecimento antes de se deitar ou sair de casa.



## CUIDADOS PESSOAIS

- Proteja-se do vento e do frio;
- Cubra as mãos, os pés e a cabeça;
- Use um creme hidratante, para manter a pele hidratada;
- Mantenha os lábios hidratados;
- Movimenta-se para se manter quente;
- Não se exponha a mudanças bruscas de temperatura.



## ROUPA

- Usar várias camadas de roupa, mas não devem ser muito justas para não dificultar a circulação sanguínea;
- Proteger as extremidades do corpo (com luvas, gorro, meias quentes e cachecol);
- Usar calçado adequado.

## Quais os meios de Prevenção da gripe?

- Evitar o contato direto com pessoas que estão com gripe;
- Proceder à lavagem das mãos;
- Vacinação (melhor forma de prevenir o aparecimento da gripe).



## Como higienizar e lavar as mãos



## VACINA DA GRIPE. PROTEJA-SE!



Realizado por:

Inês Luís

Sob orientação da



## O que é a gripe?

- A gripe é uma doença contagiosa, originada por um vírus;
- É mais frequente nos grupos vulneráveis, como é o caso das pessoas idosas;
- A cura pode ser muitas vezes espontânea, como pode ter uma recuperação prolongada.



## MEIOS DE TRANSMISSÃO

- Partículas de saliva, através da tosse ou espirros;
- Contato directo através das mãos



## Qual é a diferença entre Gripe e Constipação?

### GRIFE:

- Febre alta;
- Tosse seca;
- Mau-estar geral;
- Dores generalizadas.

### CONSTIPAÇÃO:

- Garganta inflamada;
- Nariz entupido;
- Espirros;
- Dores de cabeça.



## O que fazer no caso de ter Gripe?

- Deve permanecer em repouso;
- Beber bastantes líquidos para não desidratar;
- Avaliar a temperatura corporal;
- Não tomar antibióticos sem prescrição médica;
- Se a situação agravar, deve contactar o centro de saúde mais próximo



## **APÊNDICE VIII – APRESENTAÇÃO SOBRE A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**







### A relação entre a alimentação e a saúde:

- As **doenças cardiovasculares** são a principal causa de morte e de morbilidade em Portugal (DGS, 2017)
- Os **hábitos alimentares incorretos** dos portugueses são o fator que mais contribui para a perda de anos de vida saudável dos portugueses(DGS, 2019)

IL1

### Consequências da uma alimentação incorreta:

Obesidade



Bulimia



Hipertensão Arterial



Anorexia



Diabetes



Definição de Alimentação Saudável





## Alimentação Saudável

Variada

Completa

Equilibrada

### Alimentação Saudável:

- **Variada:** Deve-se variar os alimentos dentro do mesmo grupo;
- **Completa:** Ingerir alimentos de cada grupo; Beber água diariamente;
- **Equilibrada:** Deve-se ingerir alimentos em maior quantidade dos grupos com maior representação e menor quantidade dos grupos com menor representação.



## A Roda dos Alimentos... Como é constituída?



### Grupo I:

- Cereais e derivados, tubérculos **28%**

### Grupo II:

- Hortícolas **23%**

### Grupo III:

- Fruta **20%**

### Grupo IV:

- Leite e derivados **18%**

### Grupo V:

- Carne, Peixe e ovos **5%**

### Grupo VI:

- Leguminosas **4%**

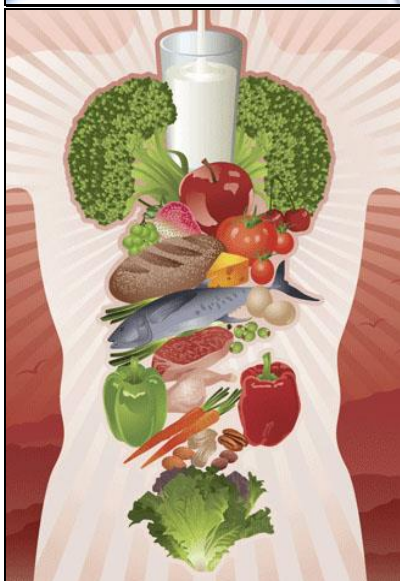
### Grupo VII:

- Gorduras e óleos **2%**



## A Importância da ingestão de água:

- Não possui um grupo próprio;
- Deve-se beber em abundância diariamente;
- As necessidades de água podem variar entre 1,5 e 3 litros por dia.



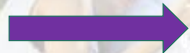
## Qual a importância de uma alimentação saudável?

- **Proporcionar** um desenvolvimento e crescimento mais adequado
- **Fornecer** nutrientes e energia para o correto funcionamento do organismo
- **Contribuir** para o bom funcionamento da saúde física e mental
- Fundamental para a **prevenção de doenças** (obesidade, anorexia, bulimia, diabetes, entre outras)



## Quantas refeições diárias?

6



Pequeno-Almoço  
Meio da Manhã  
Almoço  
Lanche  
Jantar  
Ceia

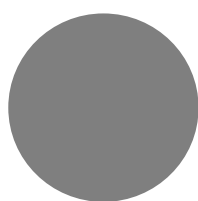
## Qual é a refeição mais importante do dia?

Pequeno-Almoço

Refeição mais completa

### Exemplo:

1 copo de leite meio gordo, um pão escuro com queijo ou fiambre e uma peça de fruta



## O que é a alimentação mediterrânica?

## Alimentação Mediterrânea:

### Caraterísticas:

- É caraterizada pelo predomínio de produtos vegetais;
- Baixo consumo de produtos animais;
- Consumo de azeite como principal fonte de gordura;
- Preferência pelos alimentos da época do ano.

### Vantagens:

- Contribui com benefícios para a saúde;
- É económica;
- É ambientalmente sustentável.



## Vantagens de uma alimentação saudável:

- ❖ Melhora a concentração;
- ❖ Diminui a fadiga, a sonolência e a irritabilidade;
- ❖ Aumenta o rendimento escolar e capacidade de trabalho.



## Recomendações em 10 pontos-chave (DGS)

- 1-Começar sempre o dia por tomar o pequeno-almoço equilibrado e variado;
- 2-Fazer cerca de 6 refeições;
- 3-Não fazer intervalos entre as refeições superiores a 3h30;
- 4-Comer pelo menos 3 peças de fruta por dia;
- 5-Iniciar sempre o almoço e o jantar com um prato de sopa de legumes e/ou hortaliças
- 6- Mastigar os alimentos devagar;
- 7-Evitar o consumo de produtos açucarados;
- 8-Utilizar uma baixa quantidade de sal nas confeções culinárias; recorrer ao uso de especiarias, ervas aromáticas;
- 9-Beber diariamente pelo menos 1,5L de água;
- 10-Associar uma alimentação equilibrada à prática de exercício físico



### Em síntese...

- ➡ É essencial reduzir o consumo de sal;
- ➡ Controlar o consumo de açúcar;
- ➡ Reduzir o consumo de gordura;

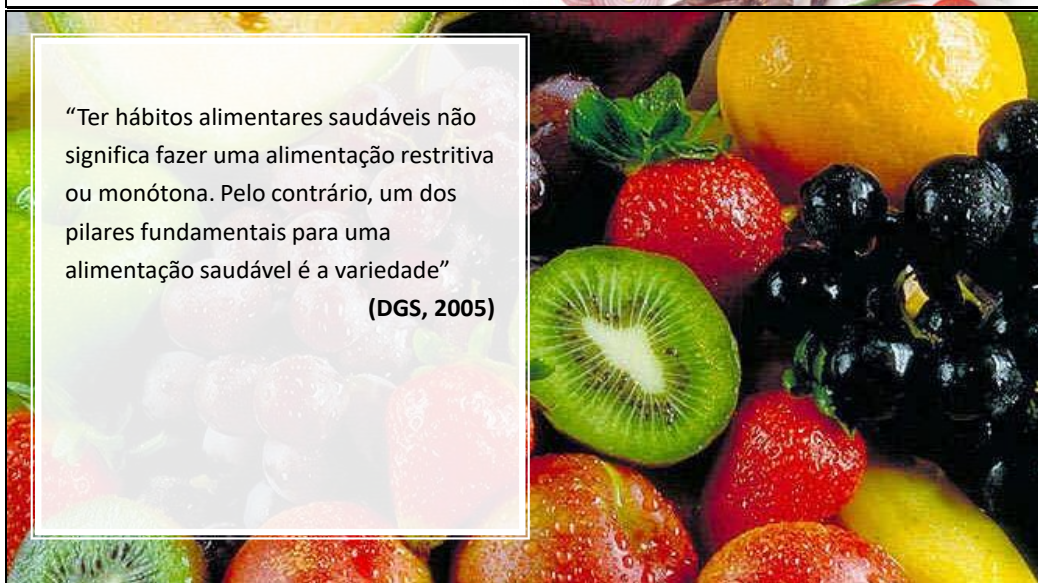


### Em síntese...

- ➡ Aumentar o consumo de hortícolas e vegetais;
- ➡ Aumentar o consumo de fruta, preferencialmente a da época;
- ➡ Ingerir preferencialmente carnes e peixes magros.



“Ter hábitos alimentares saudáveis não significa fazer uma alimentação restritiva ou monótona. Pelo contrário, um dos pilares fundamentais para uma alimentação saudável é a variedade”  
(DGS, 2005)



## Benefícios da Atividade Física

- **Ajuda** no crescimento e manutenção dos ossos, músculos e articulações saudáveis;
- **Controla** o peso e ajuda a combater a obesidade;
- **Reduz** o risco de diabetes e doenças cardiovasculares;
- **Promove** o bem-estar físico e psicológico.

## Alimentação em números

**Gráfico1-**Contributo dos subgrupos de alimentos para a ingestão diária de sódio (%)



Fonte: Alimentação em números, DGS 2018



**Gráfico 2:** Contributo dos subgrupos dos alimentos para a ingestão diária de açúcares livres (%)



Fonte: Alimentação em números, DGS 2018



Dúvidas? |

## **ANEXOS**



## **ANEXO I- ESCALA DE MORSE**

### Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

#### Classificação do nível de risco

- **0 – 24: sem risco**
- **25 – 50: baixo risco**
- **> 50: alto risco**

#### Recomendações

Nenhuma

Implementar precauções padronizadas contra quedas

Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

## **ANEXO II- ESCALA DE BARTHEL**

## Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
<b>ALIMENTAÇÃO</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
<b>BANHO</b> 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
<b>ATIVIDADES ROTINEIRAS</b> 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
<b>VESTIR-SE</b> 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc.)	
<b>INTESTINO</b> 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
<b>SISTEMA URINÁRIO</b> 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	



<b>USO DO TOILET</b> 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente ( pentear-se, limpar-se)	
<b>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA)</b> 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
<b>MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS)</b> 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
<b>ESCADAS</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	

**TOTAL (0–100):**

**Orientações:**

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

Fonte: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/5/%C3%8Dndice%20de%20Barthel.pdf>